Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 2½—3 Bogen. Preis vierteljährig 6 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Karlstrasse 46. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 70. — Für Inserate und Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

MÜNCHENER

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

O. Bollinger, München. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. v. Michel, Würzburg. H. v. Ranke, München. M. v. Schleiss, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№ 2. 8. Januar 1895. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 46. Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstr. 70. 42. Jahrgang.

Originalien.

Aus der kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Halle a. S.

Zur Mechanik der Inversio uteri puerperalis.[1])

(Eigenthümliche Bildung einer Kopfgeschwulst.)

Von Prof. *O. v. Herff.*

Inversionen des Uterus gehören in Deutschland zu den grössten Seltenheiten; manch erfahrener Geburtshelfer hat deren überhaupt keine gesehen. Es erscheint mir desshalb nicht ganz ohne Interesse, wenn ich meine eigenen zwei Beobachtungen berichte, zumal die eine von ihnen geeignet ist einiges Licht auf die Mechanik spontaner Inversionen zu werfen.

Zur Entstehung einer Inversion werden allgemein gewisse Bedingungen gefordert, wie hochgradige oder doch nahezu völlige Erschlaffung der Uterusmusculatur, welche entweder durch Anomalien der Wehenthätigkeit oder durch pathologische Processe in der Uteruswand (Atrophie oder Degeneration, vielleicht auch mangelhafte Entwickelung) herbeigeführt sein kann. Sodann auch eine gewisse Weite der Uterushöhle und eine Erschlaffung der circulären Muskelschichten am inneren Muttermund, welch letztere beide Momente wiederum Folge einer abnormen Wehenthätigkeit sein können.

Hervorgebracht kann aber eine Inversion nur dann werden, wenn eine Kraft entweder an der Innenfläche des Uterus durch **Zug** oder an seiner Aussenfläche durch **Druck** wirkt, wobei Combinationen beider Kräfte natürlich um so wirksamer sein müssen.

Eine Durchsicht der vorhandenen Casuistik lehrt uns, dass eine Zugkraft mittelst der Nabelschnur bei vollständiger oder doch theilweiser Adhärenz der Placenta eine Umstülpung herbeiführen kann. Beobachtet worden ist dies bei der künstlichen Entfernung der Nachgeburt durch Zug an der Nabelschnur oder durch Zug an der noch nicht ganz gelösten Placenta. Ferner und zwar ohne jedwelche Schuld oder Eingreifen einer zweiten Person, wenn die Ausstossung des Kindes allzurasch oder bei ungünstiger Stellung der Frau, z. B. im Stehen erfolgt. Um so leichter wird das Ereigniss eintreten, wenn die Nabelschnur absolut zu kurz ist oder wenn sie durch Umschlingungen, Knotenbildungen erheblich an Länge eingebüsst hat. Aber auch dann kann die Inversion nur erfolgen, wenn die Nabelschnur abnorm fest ist.

Dass nur durch das Eigengewicht der Placenta allein eine Umstülpung bewirkt werden kann, erscheint mir in Rückenlage der Frau völlig ausgeschlossen, aber auch bei stehender oder kauernder Stellung höchst unwahrscheinlich zu sein. Denn eine Zugkraft von etwa 500—800 g Eigengewicht der Nachgeburtstheile scheint mir hierfür zu schwach zu sein, zumal diese doch sicherlich noch durch den Widerstand und die Reibung der Wände der Geburtswege erheblich verringert wird.

In etwas anderer Weise kann eine Zugkraft einwirken, wenn der Uterusinhalt — (Kind, Placenta mit den noch der Uteruswand anhaftenden Eihäuten oder umfangreichere Blutklumpen) — bei seiner Ausstossung den Geburtsschlauch so hermetisch ausfüllt, dass nothwendigerweise eine Luftleere in der Uterushöhle entstehen muss. Eine schlaffe Uteruswand muss dann unter dem athmosphärischen Drucke oder gar unter dem Drucke der Bauchpresse dem entweichenden Inhalte dicht nachfolgen. Indess muss für diesen Mechanismus, der durch zuverlässige Beobachtungen sichergestellt worden ist, noch die Bedingung hinzukommen, dass die Uteroplacentargefässe auf irgend eine Weise, sei es durch feste Thrombenbildung oder vielleicht auch durch partielle mässige Contraction sicher verschlossen sind. Es würde ja sonst die Druckdifferenz durch Ansaugen von Blut rasch und leicht ausgeglichen werden können.

Durch Druck allein kann ein schlaffer Uterus umgestülpt werden, wenn die Bauchpresse zu kräftig wirkt. So hat man Inversionen unmittelbar im Anschlusse an Sturzgeburten beobachtet, aber auch schon bei sonstiger Thätigkeit der Bauchpresse in der Nachgeburtszeit, wie bei der Ausstossung der Nachgeburt oder reichlicheren Blutmengen, beim Husten, Erbrechen. Ja, es gibt eine Anzahl zuverlässiger Beobachtungen, die darthun, dass schon allein ein einfaches Aufrichten des Oberkörpers oder ein Heben des Beckens, z. B. etwa behufs Wechseln des Leinenzeuges das verhängnissvolle Ereigniss herbeigeführt hat.

Noch seltener beobachtet man eine directe Umstülpung bei Ausführung des Credé'schen Handgriffes oder gelegentlich bei einer allzustürmischen Expression einer Frucht (Kristeller'scher Handgriff oder Expression des nachfolgenden Kopfes). Diese Seltenheit könnte auf den ersten Blick verwunderlich erscheinen, wenn man nicht durch die eigene Erfahrung genügend belehrt worden wäre, dass man durch eine Dellenbildung, die nicht selten eintritt und die nothwendigerweise der Inversion vorangehen muss, rechtzeitig vor weiterem Drucke gewarnt wird. Man muss noch sehr unerfahren sein, um dieses Warnungszeichen nicht zu beachten. Einen solchen Fall sah ich vor Jahren auf der hiesigen Frauenklinik. Ich will ihn wegen seiner Seltenheit hier kurz erwähnen, indem ich zugleich die Gelegenheit ergreife, meinem jetzigen Chef, Herrn Prof. Fehling, für die liebenswürdige Erlaubniss ihn veröffentlichen zu dürfen, meinen Dank zu sagen.

Die 20jährige Erstgebärende A. H.[2]) wurde am 14. Januar 1891 nach sehr langsam verlaufender Geburtsthätigkeit, die bedingt war durch andauernd schlechte Wehen, von einem Knaben ohne Kunsthilfe entbunden. Gleich nach der Geburt war der Uterus gut contrahirt und deutlich abgeflacht. Etwa 38 Minuten später trat eine heftige Blutung auf, die neben einer Ergotineinspritzung die Expression der Placenta nach Credé nothwendig machte. Dies übernahm der wachhabende junge Volontairarzt, wobei es sich ereignete, dass sich unmittelbar hinter der Placenta in den Eihäuten eingewickelt ein runder Körper in die Rima einstellte. Eine eingehendere Untersuchung wies ihn als den völlig invertirten Uteruskörper nach, zumal

[1]) Vortrag, gehalten im Verein der Aerzte zu Halle a. S.

[2]) Siehe auch: Magdeburg, F.: Ueber puerperale Inversio uteri Inaug.-Dissert., Halle a. S., 1892.

auch die äussere Hand gleich hinter der Symphyse etwas nach rechts den Inversionstrichter deutlich fühlte. Mässige Blutung und mässiger Collaps, der durch Kamphereinspritzungen leicht zu heben war. Ein Versuch mit Hakenzangen den Muttermund zu fassen, um die Reinversion zu erleichtern, scheiterte Herrn Dr. Brisken, dem damaligen Stationsarzt, an der Unmöglichkeit an die Portio zu gelangen, die sich tief hinter dem völlig invertirten Uterus befand. Gleicher Misserfolg folgte Versuchen durch Druck auf die oberen Randpartien des Uterus das Ziel zu erreichen. Nunmehr liess ich, von meinem damals verhinderten Lehrer Kaltenbach zur Leitung der Therapie abgesandt, den Fundus uteri mit 2 Finger dellenartig einstülpen unter gleichzeitiger Fixirung des Inversionstrichters. Durch allmähliches Nachdrängen mit den anderen Fingern und schliesslich der ganzen Hand gelang es überraschend leicht den Uteruskörper zurückzustülpen. Die jetzt vorgenommene eingehendere Untersuchung des Uterus ergab, dass seine dorsale Wand im Vergleich mit der ventralen bedeutend verdünnt und sehr schlaff war. Auch blutete es recht lebhaft, so dass ausser einer zweiten Ergotineinspritzung noch eine eiskalte intrauterine Chlorausspülung nothwendig wurde, der sofort eine sehr heisse, mit Kali hypermanganicum folgte. Nunmehr zog sich der Uterus befriedigend zusammen.

Das Wochenbett verlief durchaus günstig. Nur stieg die Temperatur am 3. und 4. Tage auf 38,0 und 38,1 bei einer Pulsfrequenz von 108 ohne nachweisbaren localen Befund. Entlassung am 11. Tage. Der Uterus, dessen Fundus die Symphyse nicht mehr überragte, lag anteflectirt. Die Länge der Portio betrug 2 cm. Der Muttermund, dessen Ränder leicht eingerissen waren, liess den Finger nicht mehr durch.

Als directe Ursache ergab sich, dass der junge College den Credé'schen Handgriff zunächst richtig eingeleitet hatte, dass er aber nach Ablauf der künstlich erzeugten Wehe trotz der Wachsamkeit des Assistenzarztes mit grosser Kraft weiter exprimirt hatte. Hierbei entschwand ihm plötzlich der Uterus aus den Händen.

Gleichzeitiges Zusammenwirken von Druck und Zug wird vielfach vorkommen. So vor Allem bei der Entfernung der Nachgeburt durch Zug an der Nabelschnur, wobei sicherlich häufig genug ein unwillkürlicher Druck auf den Fundus uteri von der diesen Handgriff überwachenden Hand ausgeübt wird, vornehmlich also bei dem classischen Verfahren der Franzosen. Auf eine andere Combination habe ich bereits schon oben hingewiesen. Im individuellen Falle wird es nicht immer leicht sein, zu unterscheiden, welche Kraft vorwiegend oder allein eingewirkt hat.

Alle diese Möglichkeiten, deren mechanisches Princip leicht zu erkennen ist, bilden die Hauptgruppe der eigentlichen Schulfälle. Daneben gibt es aber noch eine Reihe von sicher beobachteten Fällen, allerdings seltenster Art, bei denen scheinbar keinerlei Krafteinwirkung auf den Uterus hat stattfinden können und doch sich der Uterus oft in überraschendster Weise invertirt hat. Jene Fälle, die von zahlreichen Geburtshelfern auf eine fehlerhafte oder doch nur theilweise erfolgende Contraction zurückgeführt werden, ja vielfach sogar durch eine Art antiperistaltischer Zusammenziehung erklärt werden sollen! Ich habe nur einen einzigen solchen Fall in seinem Entstehen beobachten können, der mir werth erscheint, ausführlicher mitgetheilt zu werden. Und zwar will ich es zuvor thun, ehe ich auf die bisher ziemlich allgemein angenommenen Erklärungsversuche näher eingehe.

Die 42jährige Erstgebärende R. in C. hatte zwar schon im ersten Jahre laufen gelernt, dies aber später bis zum 5. Jahre durch schwere Rhachitis völlig verlernt. Zwischendurch machte sie überdies die echten Blattern durch. Die jetzige und bisher einzige Schwangerschaft begann Mitte März 1893 und bot in ihrem Verlaufe nichts Bemerkenswerthes dar. Am 14. I. 94 setzten die ersten Wehen ein, die in der Nacht vom 16. bis 17. so heftig wurden, dass die Hebamme gerufen wurde. Selbige holte gegen Mittag Herrn Collegen Steinkopff, dem ich für einige Notizen zu besonderem Danke verpflichtet bin. Da er den Muttermund erst für einen Finger durchgängig fand, so entfernte er sich wieder. Wahrscheinlich sprang in der folgenden Nacht bei guter Wehenthätigkeit die Blase, wenigstens fand der Herr College am andern Morgen, den 18., einen 5markstückgrossen Muttermund, aus dem jetzt ein Tumor hervorragte. In der Narkose gelang es ihm nach grossen Schwierigkeiten eben an den Schädel des Kindes zu kommen, gleichzeitig aber entdeckte er eine hochgradige Beckenverengerung. Dies bewog ihn mich zur Leitung der Geburt hinzuzuziehen.

Ich fand eine mässig erschöpfte Frau mit geringer Temperaturerhöhung und Pulssteigerung, die keinerlei Wehen hatte. Der längsovoide Uterus reichte bis zum Rippenbogen und fühlte sich gleichmässig fest an. Selbst in tiefster Narkose liess sich keinerlei Erschlaffung seiner Wand nachweisen. Ausserdem bemerkte man am linken Fundalwinkel ein kleines subseröses Myom. Kindestheile oder Herztöne waren selbst bei der aufmerksamsten Untersuchung nirgends zu fühlen und zu hören. Ueberall erhielt man die gleichmässig feste Consistenz eines harten Myomes. Bei der inneren Untersuchung, die durch die sehr enge und rigide Scheide nicht leicht war, fand sich ein etwa orangegrosser, prall elastischer, glatter polypöser Tumor vor, dessen fingerdicker Stiel sich in die Uterushöhle verlor. Tiefer liess sich zunächst der Stiel trotz Anwendung von forcirter Steissrückenlage und Seitenlage durch den noch in seiner ganzen Länge erhaltenen, den Finger bequem hindurchlassenden Cervix nicht verfolgen. Auch gelang es mir zunächst nicht, an einen Kindestheil zu gelangen, weil die Portio dicht hinter der Symphyse in der Höhe ihres proximalen Randes stand. Exquisit rhachitisches, allgemein ungleichmässig verengtes Becken bei mittlerer Körperlänge. Starkes Vorspringen des Promontoriums sowie des Symphysenknorpels, Kreuzbeinaushöhlung nach beiden Richtungen völlig abgeflacht, Kreuzbeinspitze und Linea innominata an typischer Stelle abgeknickt, Schambogen relativ weit. Dist. crist.: 27; Dist. spin.: 26; Conj. diag.: $6^1/_2$—7. Die Conj. vera wurde auf höchstens 5—$5^1/_4$ cm berechnet.

Die Diagnose auf graviden Uterus im Zustande der stärksten Tetanie konnte sich auf den rein objectiven Befund eigentlich nicht stützen, sondern sie war nur möglich durch die bestimmte Versicherung der anwesenden Collegen, sicher den Kopf gefühlt zu haben. So täuschend glich Alles einem myomatösen Uterus. Die beobachteten Wehen konnten ebenso gut auf die Ausstossung des polypösen Tumors zurückgeführt werden, zumal ja in der That noch ein subseröses Myom vorhanden war.

Die Therapie war bei der hochgradigen Beckenenge, dem sicher schon längere Zeit abgestorbenen Kinde und der bei der lange dauernden Geburt nicht mehr zu erwartenden Asepsis eine gegebene. Sie konnte nur bestehen in Perforation und Kranioklasie nach vorgängiger Entfernung des Tumors, trotz der diesen Eingriffen sicher entgegenstehenden und zu erwartenden grossen Schwierigkeiten.

Um mir zunächst den Weg freizumachen und an die Insertion des Tumors zu gelangen, erweiterte ich den Cervix mit 2 Fingern so weit, dass ich über den inneren Muttermund, der höchst ungünstig und unbequem lag, gelangen konnte. Der Versuch, die Insertionsbasis des Polypen zu erreichen, gelang mir aber erst dann, als ich diesen mit einer mir gerade zur Hand liegenden Mesnard-Stein'schen Knochenzange, da alle Hakenzangen sofort ausrissen, stark herabzog. Ich fand nunmehr, dass der vermeintliche Polyp nichts Anderes war als eine grosse Kopfgeschwulst, nicht einmal eine Meningocele! Offenbar hatte sich der innere Muttermund und der Cervix, dessen äussere Oeffnung bereits fünfmarkstückgross gewesen war, unter der Tetanie so stark wieder zusammengezogen, dass die grosse Kopfgeschwulst polypös abgeschnürt wurde. Diese Diagnose wurde übrigens durch Besichtigung des Kindes später völlig gesichert. So zerriss ich den Tumor mit der Zange, um die in ihm enthaltenen Flüssigkeiten aussickern zu lassen. Dabei gelangte ich endlich auf ein vorliegendes Seitenwandbein, das ich mit einem scheerenförmigen Perforatorium nur mit grosser Mühe perforiren konnte. Noch viel schwieriger gestaltete sich nach der Enthirnung die Anlegung des Kranioklasten durch den engen Cervix, leichter schon die Extraction des Kopfes. Unter sehr vorsichtigen und langsamen Tractionen erweiterten sich die Weichtheile allmählich und trat der Kopf bei gleichzeitiger Expression von aussen in das Becken ein, ohne wesentliche Verletzungen herbeizuführen. Gleichfalls grosse Schwierigkeiten bereitete die Entwickelung des Schulterngürtels, zumal ein Herabholen der Arme nicht möglich war. Ich eröffnete desshalb die Brusthöhle und legte den Kranioklast über die Brustwirbelsäule hinweg, wodurch sich das Ausziehen nicht allzu schwer mehr gestaltete.

Die Nachgeburt mit einer nicht unbeträchtlichen Menge älterer Blutgerinnsel folgte alsbald, der Uterus zog sich aber sehr schlecht und in eigenthümlicher Weise zusammen. Die ventrale Uteruswand contrahirte sich wohl zufriedenstellend, dagegen in keiner Weise die dorsale, die absolut schlaff blieb und sich der ventralen wie ein schlaffes Segel anlegte. Kräftige Massage bewirkte wohl eine Contraction der hinteren Wand, aber diese hielt jedesmal nicht lange an. Hierbei konnte ich mich überzeugen, dass weitere Myome in der Uteruswand nicht eingelagert waren. Da es aber nicht weiter blutete, so ging ich, um die Narkose nicht unnöthig zu verlängern, zur Vereinigung eines mittleren Dammrisses über, der schon während der Perforation an den alten rigiden Weichtheilen entstanden war und sich späterhin trotz aller Vorkehrungen vertieft hatte. Währenddem bemerkte ich, wie sich im Fundus des Uterus, dessen Umrisse sich durch die vollständig schlaffen und ungemein dünnen Bauchdecken allseitig plastisch abhoben, eine Delle langsam ausbildete. Diese vergrösserte sich immer mehr, so dass schliesslich mehr wie die Hälfte der Corpuslänge mit in den Trichter einbezogen wurde. Ich hätte gerne noch länger der Entwickelung der Dinge zugesehen, wenn mir nicht die Sache doch zu bedenklich geworden wäre. Ich reinvertirte also den Uterus in leichtester Weise durch einfachen Druck auf seine beiden Seitenkanten und überzeugte mich dabei, dass jetzt auch die ventrale Uteruswand völlig schlaff war und keinerlei Spur einer Contraction darbot. Losgelassen bildete sich mit Ablauf der erzeugten Wehe derselbe Vorgang wieder, wiewohl die Wöchnerin in tiefer Narkose regungslos dalag! Dies wiederholte sich nach erfolgter Reinversion auf gleiche Weise zum dritten Male, so dass ich nunmehr durch längere Massage, Darreichung von Ergotin und durch eine heisse intrauterine Ausspülung eine solche Zusammenziehung herbeiführte, dass keinerlei Gefahr einer erneuten Inversion mehr entstehen konnte.

Das Wochenbett verlief nicht gut. Einmal heilte der Dammriss nicht per primam, theils weil ich mit einem wohl nicht ganz einwandsfreien Catgut habe nähen müssen, theils aber weil damals die assistirenden Collegen ausserordentlich viel mit einer schweren Diphtheritisepidemie in dem Orte zu thun hatten. Am 6. Tage stieg nach bislang fieberfreiem Verlaufe die Temperatur unter Schüttelfrost auf 39,2° C., indem sich eine beiderseitige Entzündung der unteren Lungenlappen entwickelte. Diese löste sich am 10.—12. Tage in typischer lytischer Weise, wornach die Reconvalescenz rasche Fortschritte machte.

Im Laufe des Sommers sah ich Frau R. wieder. Der Dammriss war nahezu ganz ohne Defect geheilt. Der Uterus lag anteflectirt und war gut involvirt mit einem kleinen subserösen Myome an seinem linken Fundalwinkel. Portio gut gebildet, Muttermund beiderseits leicht eingerissen.

Die Erklärung der Entstehung einer solchen spontanen Inversion wie in meinem Falle ist nicht leicht, da daran kein Zug und kein Druck, auch nicht von der Bauchpresse aus, betheiligt war. Aehnliche Fälle finden sich auch in der Literatur und für diese hat man die bekannte Erklärung von Rokitansky herangezogen. Der Fundus soll sich besonders bei Sitz der Placenta an dieser Stelle partiell erschlaffen und sich gelegentlich durch Druck der Bauchpresse oder durch Zug des Eigengewichtes der Placenta dellenartig in die Uterushöhle einsenken. Der nicht umgestülpte contractionsfähige Theil der Wand empfände den eingestülpten Theil als fremden Körper, ziehe sich in Folge dessen zusammen, umfasse jenen dabei und dränge ihn mehr und mehr nach unten und aus dem Muttermunde heraus, wie es bei einer Intussusception der Fall sei. Andere wiederum verglichen die spontane Inversion in ähnlicher Weise mit der Inversion des Uterus durch Geschwülste.

Ich gestehe, mir ist es trotz reiflichster Ueberlegung noch nicht klar geworden, wie diese mechanischen Vorgänge eine puerperale Inversion bedingen sollen. Contractionen der inneren Muskelschicht können gar nicht in Betracht kommen, ebenso wenig solche der äusseren, da ja gerade diese einer Erschlaffung des sich zuerst invertirenden Uterusfundus unmittelbar entgegenarbeiten müssen. Es bliebe somit nur die mittlere Schicht übrig, bei der aber wieder angenommen werden muss, dass sich nur die distalen Partien allein zusammenziehen, während der Fundus uteri und besonders die Inversionsstelle vollständig erschlafft bleibt. Aber selbst wenn diese Annahme richtig wäre, so würde damit noch nicht erklärt sein, durch welche Kraft die Stelle invertirt wird, zumal das Eigengewicht der sich invertirenden Stelle in der doch gewöhnlich vorhandenen Rückenlage der Frau nicht in Betracht kommen kann.

Treibt der Uterus einen polypösen Tumor heraus, so contrahirt sich wohl seine gesammte Musculatur und stösst den Fremdkörper unter Verlängerung, Auszerrung und auch wohl unter mässiger Inversion der meist sehr wenig umfangreichen Insertionsstelle aus. Ist aber einmal der Tumor zum grössten Theile ausserhalb der Uterushöhle gelangt, so hören auch die Contractionen auf, wie man dies so oft hat beobachten können. Entsteht trotzdem noch eine vollkommene Inversion des Uterus, so war hierbei noch eine andere Kraft thätig bei erschlafftem oder doch nachgiebigem Organe. Diese kann bei grösseren Tumoren in einem permanenten Gewichtszuge bestehen, in anderen Fällen aber ist sie in der Thätigkeit der Bauchpresse, die so oft im Laufe der täglichen Verrichtungen in Anspruch genommen wird, zu suchen. Die Inversion bildet sich in solchen Fällen ja auch mehr oder weniger langsam aus, aber nie so rasch wie im Wochenbette.

Noch weniger zutreffend ist der Vergleich mit einer Darmintussusception, wie wir gleich sehen werden. Eine einfache Uebertragung dieses Mechanismus auf den puerperalen Uterus ist schon um desswillen nicht angängig, weil damit eine der Hauptbedingungen bei der Entstehung einer Inversion, die völlige Erschlaffung des Organes, wegfällt. Auch wird mit zunehmender Inversion immer mehr functionsfähige Musculatur, die die Inversion activ weiter treiben könnte, ausser Thätigkeit gesetzt. Es kann nicht im Geringsten bezweifelt werden, dass gerade die Contraction des Uterus in der Nachgeburtsperiode eine Inversion verhindern, und dass sie einer solchen direct entgegenarbeiten muss, weil sie die Uteruswand gewissermaassen steif und unbiegsam macht. Wenn ein Darm sich einstülpt, so ergreift der abführende Schenkel die invertirte Partie und schafft sie langsam abwärts, und kann dies auch thun, weil ein Darm auch im Zustande der stärksten Contraction niemals hart, steif und unbiegsam wird wie ein puerperaler Uterus. Auch trifft die invertirte Partie auf immer neue contractionsfähige Musculatur bis zum Anus herab, während diese beim Uterus schon in der Höhe des inneren Muttermundes aufhört.

Erscheint also diese Theorie schon in ihrem mechanischen Principe für die Erklärung der spontanen Inversion unmöglich, so kann sie sicher in meinem Falle nicht in Thätigkeit gewesen sein. Denn hier war wohl die dorsale Uteruswand hochgradig erschlafft, dagegen die ventrale gut contrahirt und diente der schlaffen Wand als Widerlager. Erst als diese anfing nachzugeben und weich zu werden, bildete sich die Inversion aus, welche vollständig ausblieb, als der Uterus sich andauernd gut contrahirte. Also die zunehmende Erschlaffung und nicht die Contraction der Gebärmutter beförderte die spontane Inversion — genau das Gegentheil, was die bisherige Theorie in solchen Fällen verlangt. Es ist ferner klar, dass sich ohne einwirkende Kraft eine Inversion nicht ausbilden kann. Ein Zug wurde in meinem Falle nicht ausgeübt, ich nähte ja den Damm selber, und ebenso wenig fand ein Druck von den völlig erschlafften Bauchdecken her statt — die Frau war tief narkotisirt. Ich habe keine andere Kraft finden können als den atmosphärischen Druck. Dieser kann aber nur activ wirken, wenn in der Uterushöhle ein negativer Druck herrscht. Und in der Erklärung dieser Druckdifferenz liegt allein die Schwierigkeit der Klarlegung der obwaltenden mechanischen Verhältnisse. Ich kann mir die Sache auf Grund des objectiven Befundes nur so denken, dass der Cervix zum Uterus so stark abgeknickt und der innere Muttermund so stark verengert war, dass er völlig luftdicht schloss — eine Annahme, die durch den localen Befund bei Ausführung der intrauterinen Ausspülung hinreichend gestützt wurde. Ich erinnere nur daran, dass ein ähnlicher Luftabschluss auch in der Vagina vorhanden war, wie er sich z. B. bei Herstellung der Seitenbauchlage leicht nachweisen lässt. Es gehört hierzu offenbar keine besondere Muskelkraft. Begann nun die Contraction der verkürzten und verdickten Uteruswand nachzulassen, so musste sich diese Wand verdünnen und ausdehnen, ein Vorgang, den man ja am Geburtsbett täglich beobachten kann. Damit musste sich aber die Höhle der Gebärmutter in ihrem Rauminhalte vergrössern und eine Luftleere bedingen, wenn nicht Luft in sie eindringen oder Blut angesaugt werden kann. Diese letztere Möglichkeit muss ich aber für meinen Fall aus dem Umstande ausschliessen, dass keinerlei Blutung während der Inversion eintrat trotz völliger Erschlaffung des Uterus. Damit ist die Druckdifferenz gegeben. Dass sich dem so verhielt, schliesse ich ferner aus meinen Experimenten mit der Reinversion, die sich genau in ihrer Mechanik so gestalteten, wie man eine Delle in einem halb luftleeren Gummiballon durch Druck von der senkrecht entgegengesetzten Seite leicht ausgleichen kann. Nur wurde dieser Vorgang in meinem Falle durch die dabei angeregte Uteruscontraction befördert und erleichtert.

Ist aber einmal eine solche Delle entstanden, so genügt sicherlich irgend ein sanfter Druck oder Zug, um die vollkommene Inversion in kürzester Zeit herbeizuführen, eine Möglichkeit, die man in gerichtsärztlichen Fällen sehr beachten muss.

Sollte sich meine Beobachtung durch andere ähnlich glückliche ergänzen lassen und diese eine Bestätigung der ausgeführten Theorie bringen, so könnte man für alle Fälle als allgemeingültige Hauptbedingung für die Entstehung einer Inversion hinstellen: die Erschlaffung der Uteruswand bei gleichzeitiger Einwirkung einer Zug- oder Druckkraft oder beider zusammen.

Aus der k. chirurgischen Universitäts-Klinik zu München.

Ueber einen seltenen Fall von retroperitonealer Cyste.

Von Dr. *Alfred Schönwerth*, Assistenzarzt.

Der folgende, an der Münchener chirurgischen Klinik beobachtete Fall dürfte wegen seiner Seltenheit sowohl, als auch wegen der Vieldeutigkeit seiner Symptome nicht ohne Interesse sein.

Die Krankengeschichte lautet folgendermaassen:

Schiller Anna, 30 Jahre alt, Kammerjungfer aus Rosenheim. Eintritt 18. Mai 1894.

Patientin sprang vor 2 Jahren gelegentlich einer Schwimmübung ins Wasser, wobei sie auf den Unterleib aufiel; sofort trat heftiger Schmerz in der linken Bauchgegend auf und hütete Patientin desshalb 2 Tage lang das Bett; seit dieser Zeit litt dieselbe an vorübergehenden, stechenden Schmerzen an derselben Stelle; allmählich bildete sich hier auch eine langsam zunehmende Geschwulst heraus. Den Zeitpunkt des Beginns dieser Anschwellung kann die Patientin nicht mehr genau angeben; doch glaubt sie, es sei etwa 6 Monate nach jener Prellung gewesen. — Seit einem halben Jahre bemerkte sie schnelleres Wachsthum der Geschwulst, sowie Zunahme der Schmerzen, welch letztere ganz spontan, ohne besondere Ursachen aufzutreten pflegten.

Störungen von Seiten des Magendarmcanals waren niemals vorhanden gewesen; ebensowenig will Patientin in der letzten Zeit abgemagert sein, auch die Menses verliefen stets regelmässig. — Patientin ist Nullipara, war früher stets gesund und ist in keiner Weise erblich belastet.

Status praesens: Beim Eintritt der Patientin guter Ernährungszustand. In der linken Bauchgegend findet sich eine nur wenig hervorragende, etwa kindskopfgrosse Geschwulst mit normaler Hautbedeckung. Dieselbe überschreitet nach oben um kaum 1 Querfinger die Nabelhöhe, wird nach rechts hin vor der Medianlinie begrenzt und ist sowohl vom Schambeinkamm wie vom Rippenbogen durch freie Zwischenräume getrennt; der Tumor hat eine rundliche Gestalt, feste Consistenz, ist überall gut abgrenzbar, auf der Unterlage sehr wenig verschieblich; Percussionsschall darüber tympanitisch.

Durch Aufblähung des Magens wird Gestalt und Lage des Tumors nicht beeinflusst. Leber und Milz sind durch Percussion gut abgrenzbar; bei Lufteinblasung per rectum wird der Tumor undeutlicher, Tympanie darüber nimmt zu, doch zeichnet sich das Colon nicht als deutlicher Wulst ab.

Uterus klein, anteflectirt, median gelegen, gut verschieblich; bei Verschiebungen desselben geht der Tumor in keiner Weise mit; ein Strang zwischen Uterus und Tumor nicht nachweisbar; vom linken Fornix aus lässt sich der Tumor als deutliche Resistenz fühlen; bei Druck von oben tritt er im Fornix segmentartig hervor und fühlt sich prall elastisch an. Linkes Ovarium nicht fühlbar. Urin normal.

Die Symptome, so wie sie hier geschildert wurden, lassen eine sehr verschiedene Deutung zu. — Mit Berücksichtigung der Anamnese, die auf einen traumatischen Ursprung des Leidens hinweist, hätte man zunächst an die Folgen einer Unterleibscontusion zu denken; hiebei kommt es bisweilen zu intraperitonealen Blutungen, welche sich unter Umständen abkapseln und Veranlassung zur Bildung von cystischen Geschwülsten geben können. Es kämen hier namentlich die von Hahn beschriebenen Blutcysten im Mesenterium in Betracht, die weiter unten zugleich mit den andern Mesenterialcysten ihre Erledigung finden sollen.

Weiterhin mussten die lang andauernden Leibschmerzen der Patientin unsere Gedanken auch auf entzündliche Processe am Peritoneum hinlenken. Es sind Fälle von traumatischen Magen- und Darmrupturen bekannt,[1]) bei denen durch rasch eintretende Abkapselung eine vorläufige Heilung eintrat und erst nach Jahren Aufbruch mit Fistelbildung nach aussen erfolgte. Dabei kommt es zu Bildung von abgesackten, peritonitischen Exsudaten, die grosse Aehnlichkeit mit Cysten darbieten können. Diese Diagnose war im vorliegenden Falle auszuschliessen, dagegen sprach, abgesehen von dem guten Aussehen der Patientin, der fieberlose Verlauf, die geringe Druckempfindlichkeit und die gleichmässige, rundliche Oberfläche des Tumors, der tympanitische Schall über demselben, sowie die fehlenden Adhärenzen mit den Bauchdecken.

Ebensowenig konnte man an eine vom Darme ausgehende Geschwulstbildung denken. Darmtumoren, namentlich wenn sie eine bedeutendere Grösse erreicht haben, hemmen die Kothpassage und führen Stenosenerscheinungen herbei. Davon war aber hier niemals die Rede gewesen. Der Darm war stets frei und durchgängig geblieben.

Da sich durch die Untersuchung auch noch ein Zusammenhang der Geschwulst mit Leber, Magen und Milz ausschliessen liess, so kam differentialdiagnostisch zunächst eine Ovarialcyste in Betracht.

Hiefür sprach Form und Consistenz der Geschwulst, ihre Lage in der Unterbauchgegend, das Fehlen des Ovariums der entsprechenden Seite, sowie der Umstand, dass der Tumor vom Fornix aus gut abtastbar war. Was sich dagegen einwenden liess, war vor Allem der Mangel einer Stielverbindung zwischen Uterus und Geschwulst, das Auftreten stärkerer Tympanites über derselben bei Lufteinblasung per rectum, endlich noch die Unmöglichkeit, die Geschwulst zugleich mit dem Uterus zu verschieben. Allerdings kommt es bei intraligamentärer Entwicklung der Ovarialtumoren überhaupt nicht zur Bildung eines Stiels; allein in solchen Fällen pflegt die Geschwulst dem Uterus mehr oder minder dicht anzuliegen, denselben zu eleviren und nach der anderen Seite hin zu verschieben. Das widerspricht aber völlig unserem Befunde. Dagegen könnte man annehmen, dass durch das hohe Hinaufwachsen des Tumors gegen die Bauchhöhle zu der Stiel lang ausgezerrt und dadurch verdünnt worden sei, daher die Schwierigkeit seines Nachweises bei der Untersuchung. Der Einwurf, dass solche langgestielte Geschwülste im Gegensatze zum vorliegenden Falle durch grosse Beweglichkeit sich auszeichnen, wird hinfällig, wenn wir annehmen, dass die von der Patientin angegebenen Schmerzen sich auf peritonitische Reizerscheinungen beziehen. Die dadurch entstandenen Adhäsionen erklären einerseits die geringe Verschieblichkeit der Geschwulst in der Bauchhöhle, andrerseits auch den Umstand, dass dieselbe den Bewegungen des Uterus nicht zu folgen braucht. Auch die über der Geschwulst auftretende Tympanie bei Lufteinblasung per rectum wird hiedurch verständlich. Während nämlich für gewöhnlich die Darmschlingen seitlich und nach hinten am Ovarialtumor liegen, kann es gerade durch Adhäsionen zu einer Verlagerung der letzteren kommen, so dass Dünndarm und Colon vor dem Ovarium verlaufen. — Dass der Tumor trotz seiner Grösse für eine Ovarialcyste so wenig Beschwerden machte, ist durch seine Lagerung ausserhalb des kleinen Beckens bedingt; hier hatte er ja Raum genug, sich auszubreiten, ohne besondere Compression anderer Organe hervorrufen zu müssen, wie dies im kleinen Becken nothwendig gewesen wäre. Wenn schliesslich die Anamnese ein Trauma als Ursache der Geschwulstbildung anspricht, so kann auf diese Angabe nicht allzu grosser Werth gelegt werden. Es ist ja sehr leicht möglich, dass die Patientin erst nach erlittener Prellung ihrer Bauchgegend mehr Aufmerksamkeit schenkte und hiebei erst den schon vorher bestehenden Tumor gewahr wurde.

Obwohl sich also in dieser Weise die Diagnose einer Eierstockscyste rechtfertigen liess, so bleibt es doch immer auffallend, dass es trotz mehrfacher, auch in Narkose vorgenommener Untersuchungen niemals möglich war, die Existenz eines Stielgebildes zwischen Uterus und Tumor nachzuweisen.

Da bei Lufteinblasung per rectum Tympanie über der Geschwulst auftrat, so war es auch naheliegend, an einen retroperitonealen Sitz des Tumors zu denken. Hiebei kam zunächst die Niere in Betracht, natürlich nur eine Niere, die ihren normalen Sitz verlassen hatte; denn die Geschwulst überschritt nach oben zu nicht mehr die Nabelhöhe und bestand auch keinerlei Zusammenhang zwischen ihr und der Lumbalgegend. Es hätte sich um eine einfache Wanderniere handeln können; hiefür sprach das Geschlecht der Patientin, die angeblich traumatische Entstehung des Leidens, endlich die verhältnissmässig geringen Beschwerden. Was aber diese Diagnose wieder unwahrscheinlich machte, das war die Form der Geschwulst, die nicht der einer Niere glich, sowie die geringe Beweglichkeit. Gerade Wandernieren sind charakterisirt durch ihre grosse Beweglichkeit, mit der sie sich ebensogut gegen

---

[1]) Ostermayer, Ein Fall von traumat. Anus praeternaturalis. Wiener klin. Wochenschrift, 1893.

die Leber als gegen das kleine Becken zu verschieben lassen. Man konnte aber auch an Folgezustände der Wanderniere, an maligne oder cystöse Degeneration, denken.

Combination von Lageveränderung einer Niere mit Geschwulstbildung kommt verhältnissmässig häufig zur Beobachtung und erklärt sich aus den traumatischen Insulten, denen die Niere in Folge ihrer Dislocation ausgesetzt ist. Nehmen wir eine carcinomatös entartete Wanderniere an, so wird die veränderte Gestalt begreiflich; die geringe Beweglichkeit konnte durch entzündliche Adhäsionen bedingt sein. Das Nierencarcinom bildet allerdings meist höckerige Tumoren mit fester Consistenz. Doch findet man hiebei auch Stellen, die geradezu Fluctuation aufweisen.

Die Symptome, die für Nierencarcinom angegeben werden und welche bei unserm Falle fehlten: Hämaturie, Kachexie, Schmerzen in der Nierengegend, sind alle nicht zuverlässig. Kachexie tritt gar nicht so selten, überhaupt erst in den letzten Lebensmonaten auf. Dagegen wird die Diagnose zweifelhaft durch das Alter der Patientin. Nierencarcinom kommt schon in frühester Jugend bis zum 10. Lebensjahre vor, um dann mit Umgehung des mittleren Lebensalter erst etwa nach dem 50. Lebensjahre wieder aufzutreten. Ebenso entwickelt sich das Nierensarkom auch schon innerhalb der ersten 6 Lebensmonate.[2]) — Am meisten kam von Nierentumoren die Hydronephrose in Betracht, die in Folge von Zerrungen und Knickungen der Ureteren ein nicht allzu seltener Folgezustand von Wanderniere ist und schon sehr häufig bei der Diagnose mit Ovarialtumoren verwechselt wurde. Die jetzt bestehende geringe Verschieblichkeit erklärt sich aus entzündlichen Verwachsungen der Cystenwand mit der Umgebung. Die bei Hydronephrose gewöhnlich constatirbare Fluctuation kann durch starke Füllung einer prall elastischen Consistenz Platz gemacht haben. Der normale Befund des Urins spricht ebensowenig gegen diese Diagnose, als der palpatorische Nachweis der Geschwulst vom Fornix aus.[3]) Endlich können die Beschwerden auch bei Hydronephrose sehr geringe sein.

Ebensogut wie an Hydronephrose musste man auch an eine Echinococcuscyste denken, die in einer Wanderniere sich entwickelnd nach unten ins kleine Becken gewachsen war; auch Echinococcuscysten bilden kuglige, fluctuirende oder prall elastische Tumoren; Hydatiden-Schwirren ist bei ihnen noch seltener zu constatiren als bei der Leber.

Pyonephrose konnte von Anfang an ausgeschlossen werden; wie wohl es auch hier zur Bildung von grossen, mit Eiter gefüllten Cysten kommt, so spricht doch sehr vieles, der ganze Verlauf, die Fieberlosigkeit, der Urinbefund und die Anamnese dagegen.

Trotz so vieler Symptome, die auf eine dislocirte Niere als Ausgangspunkt der Geschwulstbildung hinwiesen, konnte man niemals bei Palpation der Nierengegend selbst jenes eigenthümliche Gefühl der Leerheit constatiren, das bei Fehlen dieses Organs an seiner normalen Stelle aufzutreten pflegt.

Die durch cystische Entartung retroperitonealer Drüsen entstandenen Geschwülste sind ungemein selten und lassen sich diagnostisch kaum von den Nieren abtrennen. Die Beweglichkeit dieser Cysten hängt ab von ihrer Lage im Abdomen; je näher dem Darme, desto grösser die Beweglichkeit; die rechtsseitigen Tumoren schieben das Coecum vor sich her, die linksseitigen machen ihre Wanderung zwischen dem Mesenterium des S. romanum. Die Diagnose wird meist erst bei der Operation gestellt, ebenso wie dies bei den retroperitonealen Dermoiden[4]) der Fall ist. Ueber einen derartigen als Ovarialcyste diagnosticirten Fall berichtet Frank.

Derlei Tumoren mussten ebenso berücksichtigt werden wie die Mesenterialcyste. Bei letzterer kamen namentlich die durch Trauma entstehenden Blutcysten in Betracht, wie eine solche von Hahn operirt wurde.[5]) Im Allgemeinen handelte es sich hiebei um runde, prall elastische, vom Darm bedeckte Tumoren, die „bei verticaler Körperstellung in der Medianlinie ein klein wenig nach rechts zwischen Nabel und Symphyse liegen" (Hahn). Allerdings zeichnen sich Mesenterialcysten durch ihre grosse Verschieblichkeit aus, welche selbst die der Wanderniere übertrifft; doch kann dieselbe durch peritonitische Adhäsionen aufgehoben sein, wie dies bei dem von Löhlein operirten Tumor der Fall war.[6])

Schliesslich musste man noch an Pankreascysten denken. Es handelt sich hiebei um Tumoren, die meist im Epigastrium gelagert sind, geringe respiratorische Verschieblichkeit zeigen und zuweilen einen traumatischen Ursprung haben. Ihre Lage zwischen Magen und Colon hat man benützt, um dem Ergebnisse der Aufblähung dieser Organe eine entscheidende Bedeutung beizulegen. Es soll nämlich die Geschwulst hiebei überlagert und dadurch zum Verschwinden gebracht werden. Dies hat aber nicht für alle Fälle Geltung, da es bei der Lagerung der Geschwulst auch darauf ankommt, an welchem Theile des Pankreas dieselbe ihren Ausgangspunkt nimmt. — Die Symptome sind schwankend, doch pflegen sich mit der Zeit fast stets charakteristische Veränderungen im Stuhl, allgemeine Abmagerung und die sogenannten Pankreaskoliken einzustellen.

Das Fehlen dieser Erscheinungen, sowie der Umstand, dass der Tumor seinen Sitz unterhalb des Nabels hatte und durch die Aufblähung des Magens nicht beeinflusst wurde, sprach entschieden gegen eine Pankreascyste; dass aber Lage und Symptome unserer Geschwulst durchaus nicht mit absoluter Sicherheit gegen eine derartige Diagnose verwendet werden können, beweist der von Hersche veröffentlichte Fall von Pankreascyste.[7]) Dieselbe hatte ihren Sitz in der linken Unterbauchgegend, hatte den Uterus nach rechts verdrängt und war vom Fornix aus fühlbar. Die für Pankreascysten charakteristischen Erscheinungen fehlten vollständig.

Ein diagnostisches Hilfsmittel, das namentlich früher sich einer grossen Verbreitung erfreute, die Probepunction, wurde im vorliegenden Falle überhaupt nicht angewendet. Die Probepunction ist in manchen Fällen ein durchaus nicht unbedenklicher Eingriff; sie kann zu Verletzung des Darms, zu Infection der Bauchhöhle mit Geschwulstkeimen, zur Zersetzung des Cysteninhaltes führen, während sie andererseits durchaus nicht immer befriedigende Resultate gibt, im Gegentheil geradezu Irrthümer veranlassen kann. — Dagegen ist die unter dem Schutze der Antiseptik unternommene Probelaparotomie ein wohlberechtigter und gefahrloser Eingriff, der den grossen Vortheil bietet, dass er uns eine klare Uebersicht über die bestehenden Verhältnisse schafft. Es ist daher vollkommen begründet, wenn man in zweifelhaften Fällen an Stelle der Probepunction die Probeincision setzt.[8])

Von diesem Standpunkte ausgehend wurde am 1. VI. 94 zur Probelaparotomie geschritten. Dabei zeigte sich, dass der Tumor nicht innerhalb der Bauchhöhle, sondern retroperitoneal im linken Hypochondrium in der Nierengegend gelegen war. Die Genitalien verhielten sich völlig normal, auch das linke Ovarium war vorhanden. Um eine 2malige Verletzung des Peritoneums zu vermeiden, wurde von einer sofortigen Exstirpation des Tumors Abstand genommen und die Wunde vernäht; dieselbe heilte bis 12. VI. per primam ohne jede entzündliche Reaction.

Bei dieser Operation war die Frage herangetreten: „Soll man retroperitoneale Tumoren durch Laparotomie oder durch Lumbarschnitt entfernen?" Das erstere Verfahren hätte jedenfalls den Vorzug, dass man gegebenen Falls der Probelaparotomie sofort die Exstirpation folgen lassen und so die ganze Operation in einem Acte zum Abschlusse bringen könnte. Die Anhänger dieser Methode machen ferner geltend, dass bei der

[2]) Wagner, Nierenchirurgie.
[3]) Rosenberger, Beiträge zur Diagnostik und Operation der Unterleibsgeschwulst. Berliner klin. Wochenschrift, 1880.
[4]) Vergl. Zweifel, Vorlesungen über klinische Gynäkologie.
[5]) Hahn, Ueber Mesenterialcysten. Berl. klin. Wochenschr., 1887.
[6]) Löhlein, Operation einer Mesenterialcyste. Berliner klin. Wochenschrift, 1889.
[7]) Hersche, Operation einer Pankreascyste von seltener anatomischer Lagerung. Wiener klin. Wochenschrift, 1892.
[8]) Löhlein, Operation einer Mesenterialcyste nebst Bemerkungen über den diagnostischen Werth der Probepunction. Berliner klin. Wochenschrift, 1889.

Laparotomie die Orientirung eine viel bessere sei, dass Verletzungen der Nachbarorgane leichter vermieden werden könnten, dass man schliesslich die Cyste selbst entfernen oder spalten, die vordere Bauchwand einnähen und die Höhle drainiren könnte.[9]) Frank will den Lumbarschnitt bei retroperitonealen Tumoren auf solche Fälle beschränken, bei denen man eitrigen Inhalt vermuthet.

Trotz dieser angeführten Vorzüge muss zugegeben werden, dass für den weiteren Verlauf einer Operation die einmalige Eröffnung des Peritoneums jedenfalls einer zweimaligen vorzuziehen ist, d. h. wenn damit dasselbe erreicht werden kann. Die gute Orientirung ferner, welche die Laparotomie mit sich bringt, wird annähernd auch durch den König'schen Lenden-Bauchschnitt erzielt.

Von dieser Anschauung ausgehend wurde am 22. VI. 94 die Operation mittelst Simon'schen Lumbarschnittes vorgenommen; nach Freilegung und Eröffnung der Nierenkapsel konnte man sich durch Eingehen mit dem Finger in dieselbe überzeugen, dass die Niere selbst an normaler Stelle und nicht verändert war, dass dagegen unterhalb derselben, getrennt von ihr, ein grosser Tumor seinen Sitz hatte, der jedoch von der Incisionswunde aus nur wenig zugänglich war. Es wurde desshalb die Nierenkapsel wieder zugenäht und senkrecht auf die erste Incision der König'sche Querschnitt gesetzt, die Bauchmusculatur durchtrennt, das Peritoneum freigelegt und nach vorne verdrängt; auf diese Weise trat ein grosser Theil des an einer dünnen Schichte Muskelfasern bedeckten Tumors zu Tage. Die Punction förderte eine trübe, gelbliche, dickliche Flüssigkeit zu Tage. Nach Incision des Tumors (5 cm langer Schnitt) strömte eine grosse Menge dieser Flüssigkeit (3/4 l) ab; der Finger constatirt jetzt eine grosse, von einer derben, etwa 5 mm dicken Hülle umgebene Höhle; dieselbe lag innerhalb des linken Ileo Psoas selbst und war mit demselben fest verwachsen. Nach Einführung eines dicken Drainrohres in die Cystenöffnung erfolgte genaue Naht der breiten Bauchmuskeln, worauf Naht der ganzen Hautwunde mit Ausnahme des unteren Wundwinkels, zu dem die Drainage herausgeleitet wurde.

Die Untersuchung der Flüssigkeit ergab alkalische Reaction sowie das Vorhandensein massenhafter Fettzellen und zahlreicher Cholestearinkrystalle. Die bakteriologische Untersuchung führte zu völlig negativem Befunde.

Was die weitere Krankengeschichte betrifft, so erfolgte keine Heilung per primam; dieselbe wurde gestört durch eine gegen die Niere zu fortschreitende Eiterung, welche noch am 15. VII. eine Dilatation der Wunde nöthig machte. Dabei entleerten sich etwa 2 bis 3 Esslöffel dicken gelben Eiters.

Die Entlassung erfolgte erst am 24. IX. 94, da die Kräfte der Patientin durch die Eiterung sehr erschöpft worden waren. Die Operationswunden waren damals völlig geheilt mit Ausnahme einer 20 Pfennigstück grossen granulirenden Stelle in Mitten des König'schen Schnittes; von hier aus liess sich ein mässig secernirender Fistelgang parallel der Bauchwand nach vorne zu verfolgen. Pat. war völlig afebril und ihr Ernährungszustand in steter Zunahme begriffen.

Die Ergebnisse der Operation und der mikroskopischen Untersuchung der Cystenflüssigkeit berechtigen uns zu der Annahme, dass es sich im vorliegenden Falle um ein Hämatom des M. ileopsoas gehandelt hat. Muskelhämatome kommen namentlich bei subcutaner Ruptur des M. rectus abdominis nach starken Anstrengungen vor. In analoger Weise nehmen wir an, dass im Momente des Hineinspringens in's Wasser eine plötzliche starke Contraction des Ileopsoas stattgefunden habe, wodurch es zu einer mehr oder minder ausgedehnten Ruptur der Muskelfasern gekommen war. Das dabei gesetzte Blutextravasat wurde jedoch nicht resorbirt, sondern abgekapselt, und unterlag dann innerhalb der Cystenwandung den bekannten Veränderungen. Auf diese Weise bildet sich eine grosse, von dicken Wandungen umgebene und innerhalb des Psoas gelegene Cyste.

Einen analogen Fall in der mir zugänglichen Literatur aufzufinden, war mir nicht möglich. Am meisten Aehnlichkeit zeigten noch die sogenannten retroperitonealen, serösen Cysten. Dieselben stellen kuglige Hohlgebilde dar mit festen, aber dünnen Wandungen, die in der Nähe der Nieren liegen und nach Przewoski von den Wolff'- und Müller'schen Körpern ihren Ausgang nehmen. Diese Geschwülste sind meist nur durch lockeres Bindegewebe mit ihrer Umgebung in Zusammenhang, lassen sich daher leicht ausschälen und enthalten als Inhalt eine wasserhelle Flüssigkeit mit sehr wenig festen Bestandtheilen.[10])

Um eine solche Cyste handelt es sich in unserem Falle sicher nicht; dagegen sprechen der mikroskopische Befund der Cystenflüssigkeit, die derbe Wandung und die Lage zwischen den Muskelfasern des Ileo Psoas.

Zum Schlusse erübrigt mir noch die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Chef, Herrn Professor Dr. Angerer, für die gütige Ueberlassung des Falles meinen besten Dank auszusprechen.

Harnröhrenbildung nach „Poncet“.[1])

Von Dr. *Johann Merkel* in Nürnberg.

Die Ischurie zu beseitigen, gehört zu der schwierigeren Aufgabe der Chirurgie. Mancherlei Ursachen: Stricturen, Fremdkörper der Harnblase, Tumoren derselben und Tumoren der Prostata geben am häufigsten zur Harnverhaltung Veranlassung.

Auch auf diesem Gebiete hat die neuere Chirurgie wesentliche Fortschritte gemacht, nachdem der alte Blasenstich, das ultimum refugium vor dem Exitus, mehr und mehr in den Hintergrund getreten ist.

Bei Prostatahypertrophien ist die Indication zu operativen Eingriffen selten, doch nicht allzu selten. Eine Mehrzahl von Prostatikern findet in der innern Therapie, der Diätetik und Brunnencuren und in mehr oder weniger wiederholter Anwendung des Katheters genügende Auskunftsmittel. Aber nicht immer bleibt es so. Die relative Ruhe einer behaglichen Katheterexistenz wird nur zu oft durch Complicationen gestört, welche der Hand des Chirurgen ein actives Einschreiten aufzwingen können. Seit langer Zeit trat man diesen lebensgefährlichen Zufällen durch Eröffnung der Blase entgegen — allerdings nur ein indirectes, doch lebensrettendes Mittel, welches die Ursache — die Prostatahypertrophie — unberührt lässt.

Man ist weiter gegangen. Um allen Wiederholungen der Zufälle (accidents) vorzubeugen, hat man durch Prostatectomie das prostatische Hinderniss zu beseitigen versucht. Diese letztere Methode jedoch befindet sich noch im Vorstadium, sie gab zu vielfachen Arbeiten der letzteren Zeit Veranlassung. Die Berechtigung des Eingriffs wird gegenwärtig von talentvollen Chirurgen vertheidigt und von Specialisten gleichen Werthes bestritten.

Wenn sich demnach die neusten Publicationen sowohl auf die palliativen, als auch auf die curativen Methoden der Prostatahypertrophie beziehen, so übergehe ich hier die letztere, als noch nicht spruchreif. Die palliative, nunmehr sehr verbesserte Behandlung der Affection soll jedoch beleuchtet werden, da sie 2 Complicationen wichtigster Art in sich schliesst, nämlich die Urinretention und die Cystitis, Dinge, welche dem Praktiker oft begegnen.

Die palliative Behandlung hat einzutreten in Fällen, in welchen auch die dicksten Katheter die Pars prostatica zu passiren nicht vermögen. Hier ist es der Mittellappen der Prostata, welcher durch starke Blasenfüllung ausgedehnt und ventilartig vor die Harnröhrenmündung der Blase geschoben und angedrückt wird, so dass die Pars prostatica und membranacea eine fragezeigenartige Figur bekommt.

Die fast stets ungenügende Wirkung des M. detrusor, der oft paretisch ist, vermehrt den Ventilverschluss noch mehr. Aber hier muss die Ischurie um jeden Preis gehoben werden. Dies geschah bisher durch den Blasenstich oder in den letzten Decennien durch die capilläre Aspiration nach Dieulafoy oder Potain, ferner durch die perineale Boutonnière, neuerdings durch die Cystotomia suprapubica.

Denkt man an die Gefahren, welche dem Blasenstich einerseits und der capillären Aspiration andrerseits anhaften, indem im ersten Falle jauchige Peritonitis oder septische Phlegmone

---

9) Frank, Beitrag zur Kenntniss der cystischen, retroperitonealen Tumoren. Wiener klin. Wochenschrift, 1894.

10) Obalinski, Ueber seröse, retroperitoneale Cysten. Wiener klin. Wochenschrift, 1891.

1) Vorgetragen in der medicinischen Gesellschaft in Nürnberg.

des Beckenzellgewebes durch Urinabsickerung aus der Blasenwunde (ähnlich wie bei der so verwerflichen Blasennaht alter steinkranker Blasen) drohen, im zweiten, der Aspiration, der Urin nie ganz entleert wird und dadurch der fötide Blasenkatarrh langsam zum Marasmus führt, so wird man die Poncet'sche Operation bei Harnverhaltung in Folge unheilbarer Prostatahypertrophie freudigst begrüssen. De Rouville zu Paris hat im Juni 1893 diese Operation in der Gazette des hôpitaux beschrieben und zwar No. 66, nachdem schon Sedillot im Jahre 1868 einen ähnlichen Versuch machte. Diese „intervention chirurgicale dans l'hypertrophie de prostate" acceptirten andere französische und englische Chirurgen, z. B. Richardson, Thompson, Tuffier, de Rouville u. A. Sie besteht darin, dass man in Beckenhochlagerung über der Symphyse einen 6 cm langen Ledran'schen Querschnitt, dann einen 3 cm langen Blasenquerschnitt macht. Nach totaler Entleerung der Blase vernäht man die Blasenschleimhaut mit der äussern Haut durch zahlreiche Suturen, nachdem dieselbe mit feinen Häkchen durch die M. recti hervorgezogen worden war, so dass ein Querspalt entsteht, welcher später durch die Heilung der Hautwunde und die contrahirenden Rectusfasern zu einem Art Ring umgestaltet wird. Natürlich wird durch die zahlreichen Nähte dem gefahrvollen Einfliessen von Urin in die Bauchhöhle vorgebeugt. Es soll also in der neuen Harnröhre, bestehend aus Blasenschleimhaut, welche von den Muskelfasern der Recti ringförmig umgeben ist, ferner aus den aponeurotischen Gebilden der Bauchwand und der äussern Haut, eine Art musculöser Apparat, ein Sphincter, sich bilden, welcher nach vollendeter Heilung durch einen „Clou von Zinn", einen canülEförmigen Cylinder, verschlossen werden kann. Anfangs muss dem Urin durch eine Zinncanüle Abfluss verschafft werden. Bleibt die musculöse Contraction ganz aus, was fast nie der Fall ist, so müsste ein Harnrecipient getragen werden. Bessert sich das Grundleiden in der Weise, dass sich der physiologische Zustand wiederherstellt, so kann man die Blasenfistel jederzeit zur Heilung bringen.

Ich gehe nun zu meiner Krankengeschichte über: Am 20. August d. Js. wurde ich zu einem 77 jährigen Herrn gerufen, welcher seit 24 Stunden an Harnverhaltung litt. Ich wusste bereits, dass derselbe mit Prostatahypertrophie behaftet sei, weil ich ihn vor 8 Jahren mit bestem Erfolg an Carcinoma recti operirt hatte. Gleichwohl untersuchte ich, schon behufs des Catheterismus, per anum und entdeckte einen fast die ganze Beckenhöhle ausfüllenden Tumor, welcher jedoch nur auf Altershypertrophie der Prostata beruhte, keineswegs malignen Charakter hatte, was auch der fernere Verlauf bewies.

Nachdem ich eine Stunde lang die verschiedensten Katheter, selbstredend auch die dicksten und den Mercier'schen erfolglos versucht hatte, dabei die Blase bis über den Nabel zu percutiren war, und sich bereits urämischer Kräfteverfall durch kleinen Puls und Somnolenz ankündigte, beschloss ich, die Poncet'sche Operation zu machen, nämlich die Bildung einer Harnfistel oder neuen Harnröhre über der Symphyse (uréthre contre natur, wie sich Poncet ausdrückte).

In tiefer Narkose und Beckenhochlagerung incidirte ich dicht oberhalb der Symphyse und ging durch die Linea alba zwischen den Muskeln in die Tiefe. Dort erheischten zahlreiche zu Federkieldicke angeschwollene Blasenvenen doppelte Ligaturen. Der 3 cm lange Blasenquerschnitt entleerte $1^1/_2$ l Urin. Hierauf wurde die Blase mit 2 Tracheotomiehäkchen nach oben gezogen und mit etwa 20 Suturen an die Haut genäht, vorwiegend die hervorgezogene Schleimhaut.

Ein Drainrohr von Fingerdicke wurde in die Blase eingelegt und an der Haut angenäht. Patient wurde in Seitenlage zu Bett gebracht. Als ich nach der Blasenincision den Catheterismus posterior versuchte, misslang derselbe ebenso, wie der anterior, so dass die Harnröhre sowohl von vorn, als von hinten als impermeabel bezeichnet werden musste.

Bis auf einen kleinen Abscess im prävesicalen Zellgewebe, welcher einige Tage höhere Temperaturen auslöste, ging die Heilung glatt von Statten. Am 25. August wurde eine Zinncanüle eingelegt, welche nach 6 Wochen durch den „Clou" ersetzt wurde. Die Canüle sowohl, als der „Clou" ist etwas dicker, als die Tracheotomiecanülen und fast gerade; der „Clou" cylindrisch und kürzer, als die Canüle.

Aus letzterer dringt vorläufig der Urin noch in einen Harnrecipienten. Bei Nacht erhält Patient einen Mooskissenverband. In den letzten Wochen hat die nächtliche Durchnässung beträchtlich nachgelassen, so dass die Unterlagen wegbleiben konnten, ohne Zweifel Beweis genug, dass eine gewisse Muskelwirkung sich entwickelt, welche den Abfluss hemmt.

Nach Verfluss von 3 Wochen konnte Patient spazieren gehen, ist wohl und munter und hat auch an Körpergewicht zugenommen.

Nach den Versicherungen Poncet's wird später der Harnrecipient überflüssig, indem der Urin durch die Muskelaction der Recti, welche von allen Seiten — auch von unten — die neue Harnröhre umgeben (Sphincter contractile) ganz zurückgehalten werden kann.

Jedenfalls ist diese Operation eine grosse Bereicherung der Blasenchirurgie, gefahrlos und desshalb bei den ältesten Leuten ausführbar. Gegenüber einem qualvollen Ende und der dadurch bedingten Verkürzung der Lebensdauer ist die Unbequemlichkeit, einen Recipienten tragen zu müssen, falls der musculöse Verschluss ausbleibt, von keiner Bedeutung, müssen doch Leute mit Sphincterenlähmung der Blase auch Recipienten tragen. Die Boutonnière perineale, ebenso wie der Blasenstich und die capilläre Aspiration können sicherlich nicht mit der Poncet'schen Operation concurriren. Bezüglich letzterer habe ich mich Eingangs ausgesprochen; von ersterer, der Boutonnière, kann unter den palliativen Operationen schon desshalb keine Rede sein, weil sie nur dann in Frage käme, wenn man sicher wissen könnte, ob je die Pars prostatica wieder durchgängig würde. Beim ventilartigen Andrängen des Mittellappens jedoch und der fast stets bestehenden Blasenparese kann möglicherweise durch die Boutonnière auch kein Urin zum Vorschein kommen und dann müsste man doch noch zur Sectio alta schreiten, was man lieber gleich thut, um sich nicht zu compromittiren. In der Publication heisst es zum Schluss:

„L'infiltration d'urine n'est plus à redouter par le procedé de Poncet, le choc opératoire est minime, les résultats sont excellents, l'écoulement de l'urine se fait aisement par le nouveau meat."

Diese Worte kann ich auf Grund meines Falles trotz des hohen Greisenalters meines Patienten bestätigen und möchte ich desshalb den Herren Collegen diese ebenso geistvolle als gefahrlose Operation bei Prostataischurie empfehlen.

Ueber Schwindsucht-Sterblichkeit in verschiedenen Städten Deutschlands nebst Bemerkungen über Häufigkeit der Rindertuberculose.[1])

Von *O. Bollinger.*

(Schluss.)

Ueber die Ursache der Abnahme der Tuberculose kann man verschiedener Meinung sein:

Wer optimistisch urtheilt, dürfte geneigt sein, das Sinken dieser Volkskrankheit auf prophylaktische Maassregeln (sorgfältige und unschädliche Beseitigung der Sputa) zurückzuführen, und stehe ich nicht an, das ziffermässig constatirte Absinken der Tuberculosemortalität wenigstens theilweise auf jene von Seiten der Aerzte gepredigten prophylaktischen Maassregeln (unschädliche Beseitigung der Sputa, Reinlichkeit in der Umgebung der Phthisiker) zurückzuführen, um deren Begründung sich unser Landsmann Prof. Cornet ein unbestreitbares Verdienst erworben hat.

Von anderer Seite (v. Ziemssen[13]) wurde der Nachdruck auf die fortschreitende Assanirung der Städte gelegt, wobei mit Recht betont wird, dass schon vor Jahren, bevor die prophylaktische Behandlung der Sputa im Gange war, eine Abnahme der Tuberculose constatirt wurde. Ausserdem möchte ich daran erinnern, dass die grösseren Städte, um die es sich hier vorzugsweise handelt, bei ihrem raschen Wachsthum im Ganzen ein gesundes widerstandsfähiges Menschenmaterial vom Lande her aufnehmen, welches in Bezug auf Disposition und Sterblichkeit an Tuberculose günstig gestellt ist. — Dieser fortwährende Zuwachs von gesundem Material, diese Auffrischung wird besonders in jenen Gegenden von Bedeutung sein, wo die Tuberculose unter der Landbevölkerung erheblich weniger häufig vorkommt als in den Städten. — Im Jahre 1889

---

[1]) Vorgetragen in der Sitzung des ärztlichen Vereins zu München am 17. October 1894.

[13]) Ueber die Häufigkeit der Lungenschwindsucht in München. Annalen der städtischen allgemeinen Krankenhäuser zu München. IV. Band, 1889.

starben an Lungentuberculose in Bayern von der städtischen Bevölkerung auf 10000 Lebende = 41,3, von der ländlichen Bevölkerung nur 28,1; in Mittelfranken verhält sich dieser Unterschied sogar wie 49:24. In der Schweiz verhält sich die Schwindsuchtsterblichkeit der städtischen zu derjenigen der ländlichen Bevölkerung wie 32:19 (Schnyder).

Ich erinnere hier an eine lehrreiche tabellarische Uebersicht, die Heller im Anschluss an die Arbeit von Würzburg zusammengestellt hat. Im Allgemeinen leidet die Landbevölkerung weniger an Tuberculose als die städtische Bevölkerung, was namentlich in den östlichen Regierungsbezirken Preussens deutlich hervortritt; so zeigt Marienwerder Land nur 14 Tuberculosetodesfälle auf 10000 Lebende gegen 24 Stadt. In 11 Regierungsbezirken (unter 35) Preussens überwiegt dagegen die Tuberculose auf dem Lande; so zeigt z. B. Sigmaringen 40 Tuberculosefälle auf dem Lande gegen 27 der Stadtbevölkerung.

Nach Finkelnburg, welcher behufs Ausschliessung der Berufsschädlichkeiten nur die weibliche Bevölkerung ländlicher Bezirke in den Kreis seiner Betrachtung gezogen hat, fand sich in den Jahren 1877—1886 auf je 10000 weibliche Einwohner eine Tuberculosesterblichkeit:

von 7,7	im Kreise	Friedland	(Reg.-Bez.	Königsberg)
„ 7,9	„ „	Strassburg	(„ „	Marienwerder)
„ 9,0	„ „	Konitz	(„ „	„)
„ 9,3	„ „	Tuchel	(„ „	„)
„ 72,2	„ „	Meppen	(„ „	Osnabrück)
„ 64,5	„ „	Lübbecke	(„ „	Minden)
„ 56,4	„ „	Herford	(„ „	„)
„ 58,6	„ „	Aahaus	(„ „	Münster)

Vielleicht ist der Schluss gestattet, dass in Betreff der Disposition zur Tuberculose die bekannten und zweifellosen schädlichen Einflüsse der Wohndichtigkeit und des vorwiegenden Aufenthalts in geschlossenen Räumen, wie sie Hand in Hand mit Luftverunreinigung und Staubinhalation in den Städten die Verbreitung der Tuberculose begünstigen, theilweise ausgeglichen werden durch die fortschreitende Assanirung der Städte und durch die bessere Ernährung, namentlich durch die an Fett und Eiweissstoffen reichere Kost der Stadtbewohner.[15])

Bezirke und Städte mit hoher Kindersterblichkeit müssten bei sonst gleichen Verhältnissen weniger von Tuberculose heimgesucht werden, da in denselben das widerstandslose, mehr zu Tuberculose disponirte Material schon im ersten Lebensjahre gründlich ausgeschaltet wird. Allerdings wird die mangelhafte Kinderpflege und Ernährung in diesen Bezirken auch das überbleibende Kindermaterial vielfach ungünstig beeinflussen in Bezug auf Disposition zu Tuberculose.

Bevor ich das unerschöpfliche Capitel der menschlichen Tuberculose verlasse, gestatte ich mir Ihnen einige Karten zu demonstriren, welche den Generalberichten über die Sanitätsverwaltung im Königreich Bayern (Bd. XXI u. XXII) entnommen sind und die Verbreitung der Lungentuberculose in Bayern graphisch zur Anschauung bringen. Ein Blick auf diese Karten zeigt ohne Weiteres, dass die südöstlichen Landestheile im Allgemeinen weniger unter den Verheerungen an Tuberculose leiden, als die nördlichen (Mittel- und Unterfranken) und nordwestlichen mit Einschluss der Pfalz. Es dürfte wohl keinem Zweifel unterliegen, dass hier das Vorwiegen der landwirthschaftlichen oder industriellen Bevölkerung eine gewisse Rolle spielt, andererseits aber auch örtliche und zeitliche Einflüsse; von den letzteren wurden namentlich die atmosphärischen in der Arbeit von Weitemeyer in den Vordergrund gestellt. („Die Häufigkeit der Tuberculose steht in einem geraden und genauen Verhältnisse zum Aufenthalt der Menschen in geschlossenen Räumen; die Erkrankungen und Todesfälle an Tuberculose sind in der kälteren Jahreszeit desshalb viel häufiger als in der warmen.") — Im Uebrigen bietet die geographische Verbreitung der Tuberculose so viel des Räthselhaften und Unaufgeklärten, dass ich der Meinung bin, dass über die Ursachen der Häufigkeit in einzelnen Städten oder Bezirken nur eine genaue Detailforschung, die alle ätiologischen Hülfsursachen berücksichtigt, einige Klarheit verschaffen kann.

Die auffallenden Unterschiede in der Häufigkeit der menschlichen Tuberculose, wie wir dieselbe z. B. bei Wien (mit 69 pro mille: 1883—1885) und Lübeck (16,5 pro mille: 1892/93) constatirt haben, weisen darauf hin, dass hier ausser den oben genannten Momenten (Wohndichtigkeit, Staubinhalation) auch sociale Einflüsse wie: Wohlstand, Lebensmittelpreise, Sinn für Reinlichkeit und ähnliche Factoren eine Rolle spielen.

Die Zahl der jährlich im deutschen Reiche an Lungentuberculose Sterbenden wird vielfach auf 170—180000 geschätzt, eine Zahl, welche meiner Meinung nach die Häufigkeit der Tuberculose als Todesursache viel zu niedrig angibt. — Auf 100 Fälle von Tuberculosetodesfällen bei Erwachsenen rechne ich ca. 18 Proc. tuberculöser Processe, die nicht in der Lunge sich localisiren, ferner mindestens weitere 20 Tuberculosefälle bei Kindern, deren Natur im Leben schwer festzustellen ist. Darnach würde sich die Zahl der Tuberculosetodesfälle in Deutschland auf etwa 240—250000 pro Jahr erhöhen.

Im Jahre 1891 entfielen in Oesterreich (die im Reichsrath vertretenen Länder) auf je 100000 Einwohner = 2948 Gestorbene und zwar an Lungentuberculose 366 = 12,4 Proc. der Todesfälle, so dass auf je 8 Todesfälle genau ein Fall von Lungenschwindsucht trifft.

Im Anschluss an vorstehende Erörterung der menschlichen Tuberculose folgen einige Angaben über die Rindertuberculose und deren Häufigkeit auf Grund neuerdings gemachter Erfahrungen.

Mag man über die Beziehungen der Rindertuberculose zur menschlichen Tuberculose denken, wie man will, soviel ist jedenfalls sicher, dass die erstere eine der Quellen der menschlichen Tuberculose, insbesondere der so häufigen Kindertuberculose darstellt. Aber auch abgesehen von den Beziehungen der Rindertuberculose zur menschlichen Tuberculose ist es in verschiedener, besonders in pathogenetischer Richtung von Interesse, die Entstehung und Verbreitung dieser Rinderseuche zu verfolgen, über deren thatsächliche enorme Verbreitung erst neuere Erhebungen Aufschluss geben.

Während man bisher allgemein annahm, dass die Tuberculose unter den Rindern in einer Häufigkeit von etwa 2 bis 3 Proc. angetroffen werde, die sich bei den Kühen, die meist ein höheres Lebensalter erreichen, auf 6—7 Proc. steigere, lehren die in den Schlachthäusern und mit Hilfe der diagnostischen Tuberculose-Impfungen gewonnenen Zahlen, dass wenigstens in Norddeutschland und Dänemark die Rindertuberculose eine ungeahnte Verbreitung hat, wie folgende Angaben beweisen:

Im Schlachthof zu Berlin wurden vom 1. April 1891 bis dahin 1892 auf über 21000 Rinder 15,5 Proc. tuberculös befunden.

Im Jahre 1893 wurden im Königreich Sachsen (Sächs. Veterinärbericht pro 1893) bei der Fleischbeschau in 20 Städten unter 69164 Rindern = 12630 = 18,26 Proc. tuberculös befunden. Dieselben vertheilen sich folgendermaassen:

Unter 16128	Bullen	waren tuberculös	= 1947	= 12,07 Proc.
„ 23851	Ochsen	„ „	= 3437	= 14,41 „
„ 28784	Kühen u. Kalbinnen	„	= 7175	= 24,92 „

Demnach war von 7 Ochsen einer, von 4 Kühen eine mit Tuberculose behaftet.

[14]) Heller A., Verhütung der Tuberculose. Referat auf der XV. Versammlung des „Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege". 1889. 2. Auflage. Braunschweig. 1891.

[15]) Die Minderung der Tuberculosesterblichkeit in den Städten ist um so bemerkenswerther, als nach neueren Erhebungen im Verlaufe von 20 Jahren (1871—1890) die Stadtbevölkerung in Deutschland (wobei die Orte mit mehr als 2000 Einwohnern zu den Städten, die übrigen zum Lande gerechnet werden) von 36 auf 47 Procent der Gesammtbevölkerung gestiegen, während die Landbevölkerung von 64 auf 53 Procent gesunken ist. Diese — vom hygienischen Standpunkte wenig erfreuliche — Verschiebung hat seit 1890 solche Fortschritte gemacht, dass heute die Zahl der Städter derjenigen der Landbewohner gleichkommen dürfte.

Häufigkeit der Rindertuberculose auf dem Schlachthofe zu Leipzig.[16])

Berichtjahr	Rinder im Allgemeinen	Bullen	Ochsen	Kalbinnen	Kühe
1888	11,1 Proc.	11,2 Proc.	7,3 Proc.	5,0 Proc.	17,5 Proc.
1889	14,9	11,8	13,7	9,18	19,4
1890	22,3	17,8	20,9	9,4	27,8
1891	26,7	18,4	27,7	13,2	31,1

Der Berichterstatter bemerkt ausdrücklich, dass diese rapide Steigerung der Tuberculose nicht auf einer veränderten Untersuchungstechnik beruhen könne, da dieselbe während der ganzen Periode dieselbe geblieben sei.

Ueber die Häufigkeit der Tuberculose unter den Rindern, wie sie im Schlachthause zu Schwerin[17]) im Verlaufe der letzten 9 Jahre constatirt wurde, gibt folgende Uebersicht ein Bild:

Häufigkeit der Tuberculose in Procenten:

Berichtjahr	Sämmtliche Rinder	Ochsen und Bullen	Kühe
1886	10,70	6,4	12,83
1887	11,03	4,9	13,50
1888	12,89	6,6	14,95
1889	12,35	6,5	14,52
1890	15,69	5,0	19,39
1891	18,60	6,9	23,37
1892	21,47	13,45	24,66
1893	26,60	21,46	28,5
1894 (I. Halbjahr)	35,0	34,0[18])	35,7

Die enorme Steigerung von 1893 auf 1894 wird von dem Berichterstatter auf die Futternoth des Jahres 1893 zurückgeführt; die mangelhafte Ernährung der Thiere bereitete dem Tuberkelgift den denkbar günstigsten Boden: ein Beispiel von erworbener Disposition, welches einem Experiment im Grossen zu vergleichen ist und welches ungefähr dem Einflusse der Gefängnisshaft beim Menschen mit ihren schwächenden und für die Tuberculose bekanntlich stark disponirenden Einflüssen an die Seite gestellt werden kann.

Bei Schweinen fand sich die Tuberculose in Schwerin in einer Häufigkeit von 2,9—3,2 Procent, wobei bemerkt wird, dass nur ein geringer Bruchtheil dieser Thiere mit Milch und Molkereiabfällen gefüttert wird. — Im Schlachthof zu Magdeburg wurden im Berichtsjahre 1893/94 sämmtliche von Molkereibesitzern und Milchhändlern gemästeten Schweine tuberculös befunden, eine Thatsache, die auf das häufige Vorkommen der Eutertuberculose bei Kühen zurückgeführt wird (Falk).

Zuletzt erwähne ich noch die interessanten Mittheilungen, die Bang-Kopenhagen über die Verbreitung der Rindertuberculose in Dänemark auf dem VIII. internationalen Congress für Hygiene und Demographie zu Pest (XVII. Section für Veterinärmedicin) vor Kurzem gemacht hat.

Durch ein Gesetz (April 1893) wurde vom dänischen Staate für die Dauer von 5 Jahren ein Betrag von 400,000 Kronen (= nahezu eine halbe Million Mark) ausgeworfen, um zur Bekämpfung der Rindertuberculose solche Thierbesitzer zu unterstützen, die von dem Tuberculin Gebrauch machen wollen. Mit diesen Mitteln wurden bis jetzt auf 327 Gütern 8401 Thiere mit Tuberculin geimpft, von welchen 3362 reagirten = 40 Procent. — In einzelnen grösseren Stallungen mit häufigem Viehwechsel war die Tuberculose enorm häufig, während andere kleine Ställe völlig frei von Tuberculose waren. Auf einem Gute in Seeland erwiesen sich bei 208 Rindern der rothen dänischen Rasse 80 Proc. aller Kühe, 40 Proc. der Stiere und Kälber tuberculös; dabei zeigten nur wenige Thiere ein nicht ganz gesundes Aussehen. —

Die Mehrzahl der Kälber, die reagirt hatten, zeigten Fütterungstuberculose durch Milch; unter 35 solchen Kälbern waren 24 mal ausschliesslich die retropharyngealen und mesaraischen Lymphdrüsen erkrankt (Aehnlichkeit mit gewissen Formen der scrophulösen Tuberculose bei Kindern! [Ref.]). Bang will desshalb die Verfütterung ungekochter Milch an Kälber untersagen; dieselben sollen vom zweiten Tage an mit gekochter Milch ernährt werden.

Bei der Unmöglichkeit, alle mit Hilfe der Tuberculininjection als tuberculös erkannten Thiere auszumerzen, wurde folgendes Verfahren eingeschlagen: Wenn ausser der Reaction sonst keine krankhaften Symptome nachweisbar waren, wurden die verdächtigen Thiere von den gesunden getrennt und die Kälber alsbald nach der Geburt aus den inficirten Stallungen entfernt und mit gekochter Milch ernährt. Wenn bei derartig separirten Kälbern Probeinjectionen mit Tuberculin gemacht wurden und zwar etliche Wochen nach der Geburt, erhielt man bei keinem Thiere eine Reaction.

Später wiederholte Impfungen ergaben Folgendes: Im ersten Jahre bei unvollkommener Trennung beobachtete man unter den anscheinend gesunden Thieren bei 10 Proc. positive Reaction; bei besserer Trennung reagirte unter 107 Thieren nur eines, in diesem Frühjahre unter 122 nur 2. — Von den Kälbern der kranken Mütter reagirte in der Folgezeit kein einziges.

Auf Grund der in Dänemark gesammelten Erfahrungen erachtet Bang die Tuberculinimpfung als die natürlichste und beste Methode zur Tilgung der Rindertuberculose.

In der sich anschliessenden Discussion wurde allerdings darauf aufmerksam gemacht, dass die Anwendung des Tuberculins öfters gewisse Gefahren für die Gesundheit der Thiere mit sich führe. So beobachtete man acute Nachschübe in Form von Miliartuberculose; häufig entstehen Phlegmonen der Impfstellen.

Nach Fröhner, der ebenfalls in Pest über die Erfolge der Tuberculinimpfungen zu diagnostischen Zwecken berichtete, beobachtet man ca. 15 Proc. Fehlreactionen, so dass das Tuberculin als ein zuverlässiges diagnostisches Hilfsmittel bei der veterinär-polizeilichen Bekämpfung der Rindertuberculose nicht zu bezeichnen sei.

Die mitgetheilten Erfahrungen bilden theilweise eine werthvolle Bestätigung von Beobachtungen, die man bei der menschlichen Tuberculose gemacht hat; ich erinnere nur an die Seltenheit der Tuberculose in den Waisenhäusern, wo die Kinder der Infection von Seiten der tuberculösen Eltern entrückt sind und desshalb verschont bleiben.

Das in Dänemark begonnene energische staatliche Vorgehen zur Bekämpfung der Rindertuberculose, der gemeingefährlichsten Thierseuche, verdient jedenfalls alle Anerkennung und dürfte auch in Deutschland zur Nachahmung aneifern, wo die Krankheit, wie die oben angeführten Ziffern beweisen, vielfach dieselbe Ausdehnung nachweisen lässt, wie bei unseren nordischen Nachbarn.

Die in früheren Jahren mitgetheilten geringen Procentsätze der Rindertuberculose sind, wie jetzt fast allgemein zugegeben wird, zum Theil auf die mangelhafte Fleischbeschau zurückzuführen, während anderseits vielfach auch eine thatsächliche Zunahme der Krankheit constatirt wurde.

Ueber die Ursachen der geradezu erschreckenden Verbreitung der Rindertuberculose und ihrer Steigerung schon heute ein abschliessendes Urtheil abzugeben, dürfte verfrüht sein. — Neben vorübergehend einwirkenden Momenten (Misswachs, Futternoth) muss man an die vielfach veränderten Bedingungen der Viehzucht und Viehhaltung denken, unter denen die Verminderung des Weidetriebs, gesteigerte Milchproduction, ungeeignete Ernährung der Thiere, namentlich mit Abfällen der Bier- und Branntweinbrennerei, ferner die übermässig cultivirte Inzucht vielleicht in erster Linie stehen.

[16]) Rieck, Die Tuberculose unter den Rindern auf dem Schlachthofe zu Leipzig 1888—1891. Archiv für wissenschaftliche und praktische Thierheilkunde. Bd. XIX, Heft 1 u. 2, 1893.

[17]) Wilbrand, Zeitschrift für Fleisch- und Milchhygiene. Herausgegeben von Ostertag. V. Jahrg., 1. Heft, 1894.

[18]) Unter 358 geschlachteten Bullen und Ochsen (2—4, selten 5 Jahre alt) fanden sich 122 tuberculöse!

Feuilleton.

Theodor Thierfelder.

Geboren den 10. December 1824 in Meissen.

Am 10. December 1894 feierte in Rostock unter der lebhaftesten Theilnahme der Universität, der Stadt, des Landes Mecklenburg, zahlreicher von auswärts herbeigeeilter Schüler, Freunde und ehemaliger Collegen seinen 70. Geburtstag der innere Kliniker Benjamin Theodor Thierfelder.

Geboren am 10. December 1824 zu Meissen an der Elbe als ältester Sohn des als Arzt daselbst sehr beliebten Johann Gottlieb Thierfelder besuchte er zunächst die Fürstenschule zu Meissen und studirte dann in Leipzig Philosophie und Medicin. Ostern 1846, nur $21^1/_4$ Jahre alt, erlangte er bereits den Doctor philosophiae; 1847 im December bestand er die sächsische ärztliche Staatsprüfung und wurde am 22. April 1848 zum Doctor medicinae in Leipzig promovirt. Ein Beweis seiner ausgezeichneten allgemeinen Bildung ist aus der Thatsache zu entnehmen, dass er als junger praktischer Arzt in Leipzig zugleich das Amt eines Custos an der dortigen Universitätsbibliothek bekleidete. 1850 wurde er Privatdocent der Medicin.

Kaum ein Jahr, nachdem Wunderlich am 27. October 1850 seine Lehrthätigkeit in der Klinik des Leipziger St. Jacobsspitals begonnen hatte, welche bekanntlich eine sehr grosse Zugkraft auf die Jünger der Medicin ausübte, wurde Theodor Thierfelder sein Assistent und erwarb sich in dieser Stellung so allseitige Anerkennung, dass er bereits am 21. September 1854 als Extraordinarius für specielle Pathologie und Therapie, ferner für pathologische Anatomie und für Geschichte der Medicin an die Universität Rostock berufen und daselbst am 9. Mai 1855 eingeführt wurde. Damals betrug die Zahl der Mediciner in Rostock 19 und jetzt beträgt sie 112; die Gesammtzahl der Studirenden betrug nur 92, während sie jetzt auf 430 gestiegen ist. 1856 im September wurde Thierfelder Ordinarius, 1858 Medicinalrath, 1860 Obermedicinalrath, 1874 Geheimer- und 1894 Geheimer Obermedicinalrath. Einen Ruf als Professor der inneren Klinik nach Dorpat lehnte Thierfelder im Jahre 1858 ab. So wirkt er nunmehr bereits 40 Jahre ununterbrochen an der Rostocker Universität.

Bei seiner Ankunft in Mecklenburg einer der jüngsten Docenten, kaum 30 Jahre alt, ist er allmählich zum Senior der Universität hinaufgerückt und eine ausserordentlich grosse Anzahl von Ehrenämtern sind ihm übertragen. Zwar hat er einen Theil seiner Lehrthätigkeit an den jüngeren Bruder Albert Th., den pathologischen Anatomen, abgegeben, aber seine klinische Beschäftigung, seine amtlichen Pflichten in der Medicinalcommission, die vielfachen Arbeiten für die Universität und endlich seine überaus grosse ärztliche Praxis nehmen alle seine Zeit vollauf in Anspruch. Wenn man aber geglaubt hat auf diese Thatsachen allein seine verhältnissmässig wenig umfangreiche literarische Thätigkeit zurückführen zu müssen, so ist diese Erklärung entschieden nicht ausreichend. Ein Mann von der eminenten Arbeitskraft Thierfelder's und der staunenswerthen Unermüdlichkeit, verbunden mit allseitigem ausgezeichneten Wissen und Können, würde sicher bei weitem mehr Zeit gefunden haben, seine reichen Erfahrungen den Fachgenossen mitzutheilen, wenn ihn nicht zwei Eigenschaften in gleicher Weise immer wieder daran hinderten, nämlich der ungemein hohe Grad von Anforderungen in Bezug auf Inhalt und Form, den er an seine Publicationen stellt und seine übergrosse Bescheidenheit. Von seinen Schriften ist die umfangreichste der in Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie VIII. 1, 1. Abtheilung erschienene Beitrag: Physikalisch diagnostische Vorbemerkungen zu den Leberkrankheiten; ausserdem schrieb er über Bronchitis crouposa, über Typhus, Leukämie, über die Harnstoffausscheidung im Diabetes mellitus, über eine Gastroduodenalfistel in Folge von corrosivem Magengeschwür. Seine Dissertation befasst sich mit den Leges cibariae complurium nosocomiorum et ergastulorum praecipue quantitatis alimentorum ratione habita inter se comparatae.

In glücklichster Ehe lebend, an der Seite der edlen Gattin, welche ihm 4 Töchter, von denen aber eine starb und 2 Söhne schenkte, von denen der älteste, Hans Th., Privatdocent der Medicin in Berlin, der zweite Jurist ist, umgeben von zahlreichen Enkeln, ist er ein Patriarch in des Wortes schönster Bedeutung. Seine Freunde und jetzigen wie früheren Collegen hängen mit ausserordentlicher Verehrung und Liebe an ihm.

Was Thierfelder dem Lande Mecklenburg ist, das kam an diesem seinem Geburtsfeste in zahllosen Telegrammen von Hoch und Niedrig zum Ausdruck; seine Verdienste um die Universität feierte der Rector, seine Facultät, speciell die Corona medica, deren Centrum er von jeher gewesen, überraschte ihn durch eine künstlerische Gabe; die studirende Jugend brachte ihm einen Fackelzug; den Dank und die Verehrung der sämmtlichen Assistenten seit 1854 schilderte, unter Ueberreichung eines Photographie-Albums und einer Gratulationsschrift, in meisterhafter Rede der Medicinalrath Dr. Reder. Namens aller mecklenburgischen Aerzte, bat der Obermedicinalrath Dr. Lesenberg in warm empfundenen Dankesworten den geliebten Lehrer einem von jenen gewählten hervorragenden Künstler Gelegenheit zur Anfertigung seiner Marmorbüste zu geben, welche in oder vor dem städtischen Krankenhause aufgestellt werden soll. So werden denn auch die lieben Züge des Jubilars der Nachwelt erhalten werden, zur innigen Freude aller Freunde und Collegen, besonders aber der zahllosen Leidenden, denen er stets unermüdlich im Trösten und Helfen ein unvergleichlicher Arzt und Freund gewesen ist.

Wir aber schliessen diese kurze Lebensskizze des Freundes mit einem Carmen gratulatorium, mit dem der gleichaltrige Freund des Gefeierten, Geheimrath C. Mettenheimer sein Ausbleiben beim Mahle entschuldigte, indem er schrieb:

Seni Senem celebrare
Virum praestantissimum,
In convivio laudare,
Fuit amoenissimum.
Sed me nimis occupato,
Verbum hoc sufficiat
Isti multum praedicato:
Vivat atque vigeat!
Vigeat! ut senex divus
Ille saeclum superet!
Nobis erit sempervivus
Etsi vita diffluet.

München, 15. December 1894. F. Winckel.

Ueber die Stellungnahme des praktischen Arztes zur Zahnheilkunde.

Von Privatdocent Dr. med. *C. Röse* in Freiburg i. B.

Innerhalb der letzten 2 Jahre sind in den verchiedenen ärztlichen und zahnärztlichen Zeitschriften eine ganze Reihe von Aufsätzen erschienen, welche sich mit der Ausbildung der zukünftigen Zahnärzte befassen. Eine wesentliche Klärung der fraglichen Verhältnisse ist leider bisher nicht erfolgt. Insbesondere hat sich die ärztliche Welt gegenüber der sie so nahe berührenden Frage bisher ziemlich gleichgiltig verhalten. Es sei mir darum gestattet, an dieser Stelle die vorliegende Frage nochmals gründlich zu beleuchten.

In früheren Jahrhunderten bestand die Hauptthätigkeit des Zahnarztes im Zahnausziehen. In der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts gelangte zuerst in Frankreich die Technik des Zahnersatzes zu hoher Blüthe. Heutzutage strebt die wissenschaftliche Zahnheilkunde danach, das Zahnausziehen und den künstlichen Zahnersatz möglichst zu vermeiden und durch Füllungen und Kronenarbeiten die eigenen Zähne möglichst bis zum Lebensende tauglich zu erhalten.

In früheren Zeiten wurde die Zahnheilkunde ebenso wenig

wie die Chirurgie von Aerzten betrieben, sondern sie wurde meistens nicht ärztlich vorgebildeten Laienpraktikern überlassen. Noch bis zum Jahre 1869 gehörte die Chirurgie theilweise zu den niederen Heilgewerben. Erst seit diesem Jahre muss der Chirurg zugleich Arzt sein. Leider hat es die Gesetzgebung versäumt, dieselben Vorbedingungen auch für den Zahnarzt aufzustellen. Als Folgen dieser Unterlassungssünde ergeben sich die heutigen geradezu unhaltbaren Zustände der deutschen Zahnheilkunde.

Die heutige Zahnheilkunde erfordert ein so hohes Maass von rein technischem Können, dass dem gegenüber das rein wissenschaftliche Wissen mehr in den Hintergrund zu treten scheint. Der weitaus grösste Theil der heutigen Zahnheilkundigen in Deutschland setzt sich zusammen aus ungeprüften Zahnkünstlern, Technikern, Dentisten u. s. w. Darunter befindet sich eine kleinere Anzahl recht tüchtiger Leute, welche sich durch Selbstbelehrung so weit emporgearbeitet haben, dass sie durchaus auf der Höhe des Faches stehen. Der grössere Theil der ungeprüften Zahnheilkundigen besteht aus sogenannten „Gepressten", d. h. Leuten, welche in wenigen Monaten, ja Wochen, die gesammte Zahnheilkunde erlernt haben (?) und nunmehr die Bevölkerung mit den zweifelhaften Erzeugnissen ihrer Kautschukbäckerei beglücken.

Es ist von sämmtlichen tüchtigen Zahntechnikern längst erkannt worden, dass seit Einführung der leicht herzustellenden Kautschukarbeiten die künstlerische Zahntechnik im Allgemeinen von ihrer früheren Höhe herabgesunken ist. Die Hauptsache bei der Anfertigung eines jeden künstlichen Gebisses ist die anatomisch richtige Aufstellung der künstlichen Zähne. Je nach der Gesichtsform und der dadurch bedingten Art der Gebissstellung muss die Stellung der Zähne in einem künstlichen Gebisse abgeändert werden. Allgemein giltige Regeln lassen sich dabei nicht aufstellen, sondern die Entscheidung gibt lediglich der mehr oder weniger grosse praktische Blick und die Erfahrung des Zahnarztes bezw. Zahnkünstlers. Sind die Zähne richtig aufgestellt, dann kann die weitere Fertigstellung und Ausarbeitung eines Kautschukgebisses in der That jedem einigermaassen geschickten Lehrlinge überlassen werden.

Wesentlich anders liegen die Verhältnisse bei der Herstellung von Metallarbeiten (Goldgebissen, Brückenarbeiten und Kronen). Ein Zahnheilkundiger, welcher dieses Gebiet beherrscht, musste zuvor Jahre lang eifrig im Atelier arbeiten und hat sich während dieser Zeit mit Sicherheit auch die für das richtige Aufstellen künstlicher Zähne nothwendige Erfahrung angeeignet. Beim Kautschukarbeiter kann man diese Erfahrung dagegen nicht ohne Weiteres voraussetzen! Da nun Goldgebisse u. s. w. auch vom gesundheitlichen Standpunkte den Kautschukarbeiten weit vorzuziehen sind, so streben die besseren Zahnkünstler schon seit längerer Zeit danach, dass von ihren Lehrlingen behördlicherseits ein Befähigungsnachweis für die feinere Zahntechnik verlangt wird.

Auf Grund der bestehenden Gewerbefreiheit betreiben die ungeprüften Zahnkünstler ausser der Technik zugleich auch das Ausziehen und das Füllen der Zähne, d. h. Eingriffe am lebenden Körper, die ihrer ganzen Natur nach in's Gebiet des Arztes gehören. Es lässt sich nicht leugnen, dass manche Zahnkünstler auch dieses rein ärztliche Gebiet der Zahnheilkunde vorzüglich beherrschen, um so mehr, da auch hierbei eine gut ausgebildete Handfertigkeit die besten Erfolge gewährt. Gänzlich ungerechtfertigt ist es dagegen, aus diesem Grunde zu verlangen, dass das ganze Gebiet der Zahnheilkunde ungeprüften Leuten mit geringer Schulvorbildung überlassen werde. Mit demselben Rechte könnte man auch verlangen, dass die chirurgische Behandlung von Knochenbrüchen dem ärztlichen Bereiche entzogen werden soll, weil thatsächlich hie und da ein sogenannter „Knochenflicker" Brüche ebenso gut zu behandeln versteht wie ein praktischer Arzt!!

Wenn man heutzutage für den Arzt die abgeschlossene Gymnasialbildung für nöthig hält, so geschieht dies doch keineswegs wegen der paar lateinischen und griechischen Brocken, die auf die Universität mitgenommen werden, sondern darum, weil man dem ärztlichen Stande die durchaus nöthige sittliche Vorbildung erhalten will. Dieses anerzogene Pflichtbewusstsein, die ärztliche Gewissenhaftigkeit und die sittliche Selbstachtung ist nun für den Zahnarzt mindestens in demselben Maasse erforderlich wie für den praktischen Arzt!!

Schon lediglich aus diesem Grunde muss für den zukünftigen Zahnarzt die gleiche Schulvorbildung verlangt werden wie für den Arzt. Die heutigen Zahnärzte haben bekanntlich nur eine geringere Vorbildung (Primanerzeugniss) nöthig. Die nothwendige Folge davon ist, dass vielfach der Ausschuss unserer höheren Schulen zur Zahnheilkunde übergeht. Auch aus Studentenkreisen ergreifen viele gescheiterte Existenzen aus anderen Facultäten das Gebiet der Zahnheilkunde als letzten Rettungsanker. Es gehört bei den heutigen Verhältnissen nicht immer zu den angenehmsten Beschäftigungen Docent für Zahnheilkunde zu sein!

Sämmtliche einsichtigen Zahnärzte stimmen darin überein, dass die heutigen Zustände in der deutschen Zahnheilkunde unhaltbar sind! Nur über die Art der Abänderungen sind die Meinungen getheilt. Der junge deutsche Zahnarzt, wie er heutzutage von der Universität entlassen wird, ist im Allgemeinen noch nicht reif zur Ausübung seines schweren Berufes. Er besitzt weder die nöthige ärztliche Allgemeinbildung, noch eine gründliche technische Vorbildung. Glücklich derjenige, welcher an der Hand eines tüchtigen gewissenhaften Zahnarztes nach dem Examen das nöthige Wissen und Können sich noch anzueignen vermag!

Der vollkommenste Zahnarzt wird zweifellos derjenige sein, welcher neben abgeschlossener ärztlicher Vorbildung zugleich auch das technische Gebiet der Zahnheilkunde ausgiebig beherrscht. Es wird nun von mehreren Zahnärzten der älteren Schule immer und immer wieder die haltlose Behauptung aufgestellt, dass ein Arzt in späteren Lebensjahren die zahnärztliche Technik nicht mehr erlernen könne!? Dem gegenüber kann ich aus eigener Erfahrung nicht eindringlich genug betonen: Wer zum Zahnarzte geeignet ist, lernt die zahnärztliche Technik auch im vorgeschrittenen Lebensalter; wer kein zahnärztliches Geschick besitzt, lernt die Technik nie!!

Die Zeiten, in denen technisches Können für den Arzt unnöthig, ja herabwürdigend war, sind vorüber. Der Anatom, der Physiolog, der Augenarzt, der Chirurg, der Frauenarzt, sie Alle haben heute ein hohes Maass verschiedenartiger technischer Vorbildung nöthig, welches man sich meistens erst nach bestandenem Staatsexamen aneignet. Warum soll denn da der 24—25jährige praktische Arzt gerade für die Erlernung der Zahntechnik ungeeignet sein? Wenn heutzutage viele praktische Aerzte, die zur Zahnheilkunde übergegangen sind, thatsächlich (wie man behauptet!) nichts Erspriessliches leisten, so liegt die Schuld lediglich an dem mangelnden Geschicke und der fehlenden Energie der Einzelnen. Ebenso wie sich nicht jeder Arzt zum Frauenarzte oder Augenarzte eignet, ebenso wenig ist Jedermann zum Zahnarzte geeignet!

Nun hat man gesagt: Wozu braucht der Zahnarzt z. B. Frauenheilkunde, die er doch als Arzt erlernen muss? Mit demselben Rechte möchte ich fragen: Wozu brauchen der Augenarzt, der Ohrenarzt, der Kehlkopfarzt, der Hautarzt Frauenheilkunde? Die Beziehungen von Zahnleiden zu Allgemeinerkrankungen sind viel inniger, als man im Allgemeinen anzunehmen beliebt! Selbst zwischen weiblichen Sexualleiden und Zahnerkrankungen sind Beziehungen festgestellt worden. Wie oft wird ferner mir als Zahnarzt von Damen die Frage vorgelegt, ob die eingetretene Menstruation, Gravidität u. s. w. die Vornahme zahnärztlicher Eingriffe nicht ausschliesse?

In jüngster Zeit ist nun von mehreren Seiten aus die Frage ernstlich erwogen worden, ob es nicht vorzuziehen sei, das rein technische Gebiet der Zahnheilkunde (die Anfertigung von Gebissen) gänzlich von der ärztlichen Zahnheilkunde abzutrennen und die Technik als reines Kunsthandwerk dem Stande der Zahnkünstler zu überlassen. Ich selbst habe mich aus rein äusserlichen Gründen Anfangs gegen diese Lösung der schwebenden Frage gesträubt, bin jedoch späterhin von meinem

anfänglichen Widerstande zurückgekommen. Jeder der beiden Standpunkte ist berechtigt, je nach dem Gesichtspunkte, von welchem aus man die Sache betrachtet.

Bei der Neuregelung der veralteten zahnärztlichen Standeseinrichtungen hat sich der Gesetzgeber in erster Hinsicht zu fragen: Auf welche Weise wird der **Gesammtbevölkerung** am einfachsten und besten die so dringend nöthige zahnärztliche Hilfe zu theil? Ob der zahnärztliche Stand als solcher bei der Neuregelung pecuniäre und gesellschaftliche Vortheile oder Nachtheile hat, diese Frage kommt erst in zweiter Linie in Betracht.

Bei meinen ausgedehnten Zahnuntersuchungen von etwa 14000 Schulkindern in Baden und Thüringen ergab sich u. A. der zahlenmässige Beleg, dass die ärmere Landbevölkerung keineswegs immer bessere Zähne besitzt als wie die wohlhabendere Stadtbevölkerung. Die schlechtesten Zähne von allen gab es in den anerkannt armen Waldorten Badens und Thüringens! Dem armen Manne bringt jedoch ein mangelhaftes Gebiss viel grössere Nachtheile als wie dem Wohlhabenden. Letzterer kann bei drohenden Magenleiden die mangelnde Mundverdauung durch feinere Zubereitung der Speisen ausgleichen; der Arbeiter, der Bauer dagegen nicht!

Heute drängen sich bei uns in Deutschland nicht allein die Zahnärzte, sondern auch die Zahntechniker etc. in den grösseren Städten zusammen. Nur ausnahmsweise wird man in einer kleineren Stadt von 6—7000 Einwohnern einen Zahnarzt finden. In Thüringen giebt es in grösseren Orten von 3–4000 Bewohnern nicht einmal einen Zahntechniker, weil die Bevölkerung trotz ihrer aussergewöhnlich schlechten Zähne zu arm ist, um zahnärztliche Hilfe in Anspruch nehmen zu können.

Unter der ländlichen Bevölkerung gilt es leider noch vielfach als eine Schande künstliche Zähne zu tragen. Die Folge davon ist, dass die wohlhabenderen Landleute in der nächsten grösseren Stadt zahnärztliche Hilfe suchen und den eingesessenen Zahnheilkundigen übergehen.

In Orten, wo heutzutage nicht einmal ein ungeprüfter Zahntechniker seinen Unterhalt findet, wird sich auch in Zukunft kein geprüfter Zahnarzt nach der heutigen Schablone halten können, selbst wenn dessen Schulvorbildung und Ausbildungskosten noch so sehr herabgesetzt werden sollten. Wohl aber wird in jedem Landorte ein praktischer Arzt, welcher neben seiner allgemeinen Praxis Zahnheilkunde treibt, eine sehr lohnende und dankbare Nebenbeschäftigung finden. Ein Arzt, welcher während seiner Studienzeit oder nach abgelegtem Examen sich 1—2 Semester lang eingehend mit Zahnheilkunde beschäftigt, wird in dieser Zeit sicherlich das Zahnausziehen sowie das Einlegen von Guttapercha-, Cement- und Amalgamfüllungen gründlich erlernen. Diese zahnärztlichen Kenntnisse genügen aber für den grössten Theil der Landbevölkerung vollständig. In ländlichen Kreisen spielt das Schönheitsbedürfniss keine so grosse Rolle wie in den Städten. Der Bauer wird sicherlich in den meisten Fällen damit einverstanden sein, dass man ihm die haltbaren aber nicht gut aussehenden Amalgamfüllungen auch in die Vorderzähne einfügt.

Braucht der ländliche Patient ein Gebiss oder kann er Goldfüllungen, Kronen- und Brückenarbeiten bezahlen, dann wird er in der nächsten Stadt einen geeigneten Specialisten finden.

Wenn die zahnärztliche Behandlung in den Händen der Aerzte liegt, dann sind die Krankenkassen verpflichtet auch die Füllungen für ihre Mitglieder zu zahlen. Da die Zahnverderbniss überall in Deutschland mehr oder weniger stark verbreitet ist, so werden zahnärztliche Kenntnisse einem jeden Arzte eine Erhöhung seiner Einnahmen verbürgen. Unter den heutigen Verhältnissen hat aber der Aerztestand wahrhaftig alle Ursache jede Gelegenheit zu ergreifen, um seine ungünstige materielle Lage zu verbessern!

Auch der beschäftigtste Landarzt hat hin und wieder stillere Zeiten, in denen er die zahnärztliche Behandlung seiner Patienten mit Musse vornehmen kann. Der junge Anfänger aber wird durch seine zahnärztlichen Patienten rascher als bisher auch allgemeine Praxis zugewiesen erhalten.

Im Gegensatze zum Land- und Krankenkassen-Zahnarzte wird der zahnärztliche Specialarzt der grösseren Städte auf die Erlernung der zahnärztlichen Technik nicht verzichten können, ja er muss die feinere Metalltechnik in noch viel höherem Maasse beherrschen als wie die Mehrzahl der heutigen Zahnärzte!

Bestünde die zahnärztliche Technik nur in der Anfertigung von Plattengebissen, dann liesse sich eine vollständige Abtrennung derselben von der Zahnheilkunde wohl durchführen. Die neuere Zahnheilkunde ist jedoch bestrebt das Ausziehen der Zähne und den Zahnersatz durch Plattengebisse mehr und mehr einzuschränken und geht darauf hinaus durch Anfertigung von Kronen- und Brückenarbeiten einen möglichst natürlichen Zahnersatz zu schaffen. Diese feineren technischen Arbeiten müssen aber theilweise im Munde und vor den Augen des Behandelten angefertigt werden. Eine Trennung von zahnärztlicher Wissenschaft und zahnärztlichem Kunsthandwerke ist hierbei aus rein äusserlichen Gründen ebensowenig möglich als wie bei der Anfertigung von Gaumen-Obturatoren und Kieferschienen. Der zukünftige Zahnarzt soll nicht wie bisher halb Arzt und halb Kunsthandwerker sein, sondern bald Zahnarzt, bald Kunsthandwerker!!

Sobald die praktischen Aerzte in grösserer Anzahl sich der Zahnheilkunde zuwenden, dann werden die heutigen Zahnärzte nach und nach von selbst verschwinden und auf ganz dieselbe Weise im Aerztestande aufgehen, wie seit 1869 die alten Chirurgen I. Classe. Das heutige vollständig unzureichende zahnärztliche Examen würde selbstredend verschwinden. Für den Arzt dürfte der Nachweis von 1—2 Semestern operativer Thätigkeit bei einem Zahnarzte oder in einer zahnärztlichen Poliklinik genügend sein, um zahnärztliche Praxis ausüben zu dürfen (Zahnärztliche Praktikantenscheine!).

Dahingegen würde es sehr empfehlenswerth sein, ein besonderes, und zwar strenges Fachexamen oder einen Befähigungsnachweis für die selbständige Ausübung der zahnärztlichen Technik vorzuschreiben. Dieses Fachexamen hätten alle selbständigen Zahnkünstler und diejenigen Zahnärzte abzulegen, welche zugleich neben operativer Zahnheilkunde auch die zahnärztliche Technik betreiben wollen.

Um die vorstehend gekennzeichneten Ziele erreichen zu können, dazu bedarf es zunächst der Einrichtung selbständiger zahnärztlicher Lehrstühle an allen deutschen Universitäten. In den Kreisen der chirurgischen Universitätslehrer herrscht vielfach die irrthümliche Meinung, dass die Zahnheilkunde gerade gut genug sei, um als dienende Magd innerhalb der chirurgischen Kliniken ein bescheidenes Plätzchen zu beanspruchen. Solchen ungerechtfertigten Unterschätzungen des Faches kann nicht eingehend genug entgegengetreten werden. Die mittelalterlichen Zustände, in denen das Zahnausziehen die Hauptthätigkeit des Zahnarztes ausmachte, nähern sich glücklicherweise mehr und mehr ihrem Ende. Heutzutage treiben die besseren Zahnärzte thatsächlich Zahnheilkunde und nicht mehr wie früher Zahnreisskunde. Die heutige conservative Zahnheilkunde hat zu den übrigen Fächern der Medicin, besonders zur Hygiene mindestens dieselben nahen Beziehungen wie zur Chirurgie. Da in civilisirten Ländern fast Jedermann einmal in seinem Leben zahnärztlicher Hilfe bedarf, und da sich mehr und mehr die Ueberzeugung Bahn bricht, dass eine geordnete Zahn- und Mundpflege von einschneidendster Bedeutung für das Wohlbefinden des ganzen Körpers ist, so dürfte es durchaus gerechtfertigt sein, wenn für die Zahnheilkunde eine vollständig selbständige Stellung innerhalb der medicinischen Facultäten verlangt wird!!

Die rastlose Thätigkeit der englischen zahnärztlichen Gesellschaft hat es durchgesetzt, dass zunächst in London Schulzahnärzte mit festem Gehalte angestellt worden sind. Eine gründliche Besserung der so dringend nothwendigen Zahn- und Mundhygiene lässt sich nur dann erreichen, wenn die Kinder in den Schulen und die Erwachsenen von ihren Hausärzten immer und immer wieder zu besserer Zahnpflege angehalten werden.

Ein enges Hand in Hand Gehen des Zahnarztes mit dem praktischen Arzte ist darum behufs Erzielung einer guten Mundpflege dringend erforderlich! Dieses innige Einvernehmen besteht heutzutage vielfach noch nicht und wird auch so lange nicht eintreten, bis die Mehrzahl der Zahnärzte auf gleicher Bildungsstufe steht wie die Aerzte. Die jüngere Generation der heutigen Zahnärzte hängt sich mit Vorliebe an die Rockschösse der Aerzte und beansprucht trotz ihrer um mindestens 4 Jahre geringeren Vorbildung die gleiche gesellschaftliche Stellung und gleiche Rechte wie der Aerztestand. Wenn ein 20jähriger neugebackener Zahnarzt einen älteren Arzt oder gar einen Extraordinarius, der ihn Tags zuvor geprüft hat, mit „Herr College" anredet, so offenbart sich darin ein Mangel an Taktgefühl und Bildung, welcher theils angeboren, theils durch die geringere Schulvorbildung bedingt ist. Die wirklich tüchtigen und gebildeten Zahnärzte haben unter solchen Missgriffen ihrer Fachgenossen mit zu leiden und sehen sich oft von vornherein einer schiefen Beurtheilung von Seiten der Aerzte ausgesetzt. Freilich darf der Arzt nicht vergessen, dass auch die bestandene Maturitas nicht immer Gewähr für die wirkliche Bildung, bietet und dass andererseits viele wahrhaft edle Menschen aus der Volksschule hervorgegangen sind!

Der Zweck vorstehender Zeilen würde erreicht sein, wenn es mir gelingen sollte, auch nur einige jüngere Aerzte für das Studium der Zahnheilkunde zu erwärmen. Dringend warnen möchte ich jedoch vor einer allzu leichtfertigen Auffassung des Faches. Selbst die operative Zahnheilkunde (Zahnziehen und Füllen) erfordert eine gewisse Handfertigkeit, eisernen Fleiss und peinlichste Gewissenhaftigkeit. Zur Aneignung der zahnärztlichen Technik ist eine jahrelange gründliche Uebung erforderlich. Nichts ist verkehrter als die in Aerztekreisen oft herrschende Ansicht, die Zahnheilkunde sei ein Fach, bei dem mit wenig Mühe viel Geld verdient werde! Die Zahnheilkunde erfordert einen gesunden Körper, die ganze Willenskraft und die peinlichste Gewissenhaftigkeit des Arztes, wenn sie zum Heile der Menschheit ausgeübt werden soll!

Katholische Kirche und medicinische Wissenschaft.

Ein College aus der Pfalz schreibt uns:

„Unter diesem Titel veröffentlicht ein College im Anschluss an einen diesbezüglichen Fall eine Entschliessung des bischöflichen Ordinariates Augsburg. Die darin ausgesprochene Ansicht ist keine Lehre der katholischen Kirche, kein Dogma, sondern nur die Aussprüche hervorragender Moraltheologen. Dass aber auch in der katholischen Kirche Theologen gegentheiliger Ansicht sind, beweist ein mir bekannter Fall, den ich zur Beruhigung des Herrn Collegen hier mittheile:

Ein katholischer Arzt behandelte eine Schwangere wegen unstillbaren Erbrechens und sah sich zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt genöthigt. Auf seine Veranlassung wandte sich der dortige Caplan an den Jesuitenpater Noltin in Innsbruck mit der Anfrage, ob es erlaubt sei, im Interesse der Erhaltung des mütterlichen Lebens, das Kind zu opfern. Die Antwort lautete ungefähr:

Licet occidere infantulum, quia aggressor vitae matris videtur, dummodo vita matris servatur.

Da die vom Ordinariate angeführte Meinung kein Dogma der katholischen Kirche ist, steht es jedem auch streng gläubigen katholischen Arzte frei, sich der Ansicht des P. Noltin anzuschliessen. Wir Aerzte haben in Folge dessen keinen Grund uns durch die Entschliessung des Ordinariates in der gewissenhaften Erfüllung unserer Pflichten beirren zu lassen und uns um die moraltheologische Seite dieser Frage weiter zu bekümmern, oder gar eine Entscheidung von höherer Stelle zu veranlassen."

Referate und Bücheranzeigen.

Max Braun-Königsberg: Die thierischen Parasiten des Menschen. Ein Handbuch für Studirende und Aerzte. 2. völlig umgearbeitete Auflage. Würzburg, 1895. 383 p. gr. 8. Mit 447 Abbildungen im Text.

Dieses Buch muss vom zoologischen Standpunkt betrachtet als ein Musterwerk bezeichnet werden.

Nach einer Einleitung über Parasiten im Allgemeinen finden wir eine Aufzählung der wichtigsten Literatur, wobei wir das gute Buch Perroncito's (Parassiti, 1882), ferner die Entozoografia des hochverdienten Angelo Dubini (1850) vermissen, geht der Autor zu den Protozoen über (p. 29—118), die er in 3 Abtheilungen: Rhizopoda (Amoeba), Sporozoa (Gregariniden, Myxosporidien, Coccidien, Sarcosporidien), Infusoria (Flagellata, Ciliata) bespricht. Sehr genau, wie bisher in keinem Compendium, werden die Amöben abgehandelt und die Beziehung zur Ruhr erörtert. Der Malariaparasit des Menschen wird ausführlich besprochen. Ich kenne, bei aller Anerkennung der Leistungen von Balbiani (1884, Sporozoaires) und L. Pfeiffer (1891), keine Schrift, die besser zur Einführung in die Protozoologie geeignet wäre. Die Trematoden (p. 120—155) umfassen 13 Species, wobei die in letzten Jahren in Japan, Sibirien etc. entdeckten, höchst wichtigen Species sorgfältig beschrieben und gewürdigt sind.

Die wichtige Arbeit von Looss über Dist. heterophyes (Kassel 1894) konnte noch nicht berücksichtigt werden. Etwas kurz im Verhältniss zu dem hohen Interesse, das sie bietet, ist die Bilharzia haematobia behandelt.

Die Casuistik des Dist. hepaticum beim Menschen, wie ich sie im 7./8. Hefte meiner Bibliographie vollständig gegeben habe, wurde nicht berücksichtigt. — Bei dem wichtigen Dist. pulmonale seu Westermanni ist die japanische Literatur unvollständig, auch fehlt die neueste Arbeit von Stiles (Washington). Das neue sibirische Distomum felineum, das in Tomsk in 6,45 Proc. aller Leichen gefunden wurde, ist ausführlichst erörtert.

Bei den Cestoden wird besonders der Abschnitt über den Bothriocephalus den Leser interessiren, da hier der Autor ganz auf einem Gebiete ist, das ihm Bedeutendes verdankt. Ausser dem B. latus werden noch B. cordatus und cristatus erwähnt, der letztere eine Art von dubiösem Werth. Der B. liguloides, der in Ostasien als menschlicher Parasit keine geringe Rolle spielt, wird mit Recht als Larvenform behandelt (Ligula Mansoni). Von den weniger bekannten Tänien sind T. nana v. Sieb., T. diminuta Rud. = T. flavo-punctata, und T. madagascariensis nach dem neuesten Stande unseres Wissens geschildert.

Die kürzlich von R. Blanchard aufgestellte Krabbea grandis, von Jjima in Japan gefunden, konnte noch nicht erwähnt werden.

Relativ kurz sind die Nematoden behandelt, was im Hinblick auf die kolossale Wichtigkeit einiger Mitglieder dieser Abtheilung (Trichina, Ankylostomum, Filaria Bancrofti) auffallen könnte. Letzterer Parasit, wohl der allerwichtigste Schmarotzer des Menschen, wird auf nur 3 Seiten besprochen; doch ist das Wissenswürdigste gut und knapp dargestellt.

Der Verfasser neigt sich zu der Küchenmeister'schen Ansicht, dass die feurigen Schlangen (Numeri XXI. 6) mit dem Medinawurm identisch seien. Dagegen muss bemerkt werden, dass selbst gemässigte Theologen sich dieser Stelle gegenüber sehr skeptisch verhalten; so nimmt Graf Baudissin in seinen Studien zur semitischen Religionsgeschichte an, die fragliche Stelle diene nur dazu, die Stelle II. Reg. XVIII. 4. unanstössig zu erklären. Auch der Umstand, dass „ein gross Volk" starb, spricht keineswegs für eine nematodogene Aetiologie der damaligen Katastrophe.

Die Hirudineen dürften in einem für Aerzte bestimmten Buche sorgfältiger erörtert sein, was wir für die 3. Auflage sicher erwarten. — Endlich ist zum Glück die in den Köpfen vieler Zoologen (selbst R. Leuckart's) spukende Haemopis vorax (nicht mit Anlastomum Gulo zu confundiren) als mitteleuropäische Art beseitigt und durch die nordafrikanische Limnatis nilotica ersetzt. — Die zoologische Behandlung der Articulaten lässt wenig zu wünschen übrig. — Er wäre sehr gut, wenn von aufgeführten Dipteren, besonders von deren Larven, die den Arzt nicht selten in Verlegenheit bringen, noch mehr Abbildungen beigegeben wären.

Das Buch Braun's muss dringend empfohlen werden.

J. Ch. Huber-Memmingen.

Seifert und Kahn: Atlas der Histopathologie der Nase, der Mundrachenhöhle und des Kehlkopfes. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann, 1895.

Gleichwie der Wanderer auf öder sonnendurchglühter Land-

strasse jubelnd den im kühlen Schatten sprudelnden Brunnen begrüsst, ebenso erfreut sich des Referenten Herz bei der Besprechung des vorliegenden Werkes.

Dasselbe füllt in erster Linie eine empfindliche Lücke aus, denn nicht jeder Praktiker hat die Zeit und die Lust, stundenlang Schnitte zu verfertigen und zu färben und die schon genug in Anspruch genommenen Augen auch noch durch Mikroskopiren zu verderben. In zweiter Linie ist das Werk aber auch eine wissenschaftliche Leistung, denn es enthält Dinge, welche man in den Lehrbüchern der pathologischen Anatomie vergeblich sucht, einfach aus dem Grunde, weil sich die pathologische Anatomie bisher nur sehr wenig intensiv mit dem Inhalt der Nasenhöhlen und des Nasenrachenraumes beschäftigt hat. Auf den 40 Tafeln, von welchen jeder ein erläuternder Text beigegeben ist, werden wir durch 79 Abbildungen gründlich belehrt über das ganze Gebiet der Nasen-, Mund-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten. Die Abbildungen selbst sind nicht etwa schematischer Natur, sondern grösstentheils naturgetreuest wiedergegebene Originale. Man muss beim Anblick derselben nicht nur den rastlosen Fleiss der Herausgeber bewundern, sondern auch die äusserst wohlgelungene Ausstattung von Seite des Herrn Verlegers. Ein Theil der Bilder ist in schwacher, ein anderer in starker Vergrösserung wiedergegeben, ein Theil derselben — entsprechend der Tinction mit Boraxcarmin — ist in rother Farbe reproducirt, ein anderer Theil zeigt entsprechend der Färbung mit Hämatoxylin blaue Farbe. Es ist kein Zufall, dass die meisten Abbildungen Geschwülste betreffen; stehen dieselben doch an Häufigkeit, Wichtigkeit und Vielseitigkeit in ihrer Structur unter den Krankheiten der oberen Luftwege an erster Stelle. Und so möge denn das vortreffliche Werk, dessen Preis im Verhältniss zu dem, was es bietet, ein sehr mässiger genannt werden muss, in keiner Bibliothek fehlen, möge es, wie die Verfasser sagen, dem Anfänger zur Belehrung, dem Geübteren zur Controle seiner operativen Thätigkeit dienen. Schech.

Schwimmer: Psorospermosis (Darier). Keratosis hypertrophica universalis. Bibliotheca medica D II. H. 1.

Der Arbeit von Schwimmer ist eine farbige Abbildung von 51 X 76 cm beigegeben, welche einen von dem Verfasser beobachteten Fall Darier'scher Krankheit in mustergiltiger Weise zeigt. Die klinische Beschreibung und Casuistik der bisher bekannten Fälle, sowie eine detaillirte Besprechung der pathologischen Anatomie stellen den Inhalt des Aufsatzes dar. Die parasitäre Natur der Psorospermien scheint Sch. zweifelhaft. Er hält die Krankheit für eine Hyperkeratose. Barlow.

Neueste Journalliteratur.

Centralblatt für innere Medicin. 1894, No. 52.

H. Sieveking: **Zum Capitel der Schilddrüsenerkrankungen.** (Aus dem neuen allgemeinen Krankenhaus Hamburg-Eppendorf.)

Bei einem 42 jährigen Manne wurde die klinische Diagnose Struma hyperplastica simpl. und Carcinoma ventriculi mit secundären Metastasen in Leber und Bauchfell gestellt. Die Section erst zeigte, dass es sich um eine primäre Geschwulst der Schilddrüse, ein Sarkom, handelte, und zwar um die seltene Rundzellenform, dass die Neubildung die ganze Schilddrüse völlig durchwuchert und, auf dem Wege der Blutbahn zu einer allgemeinen Sarkomatose sämmtlicher inneren Organe und Infiltration der cervicalen, mesenterialen und thorakalen Lymphdrüsen geführt hatte. Bemerkenswerth ist, dass trotz des Schwundes der Drüsensubstanz bis auf wenige, nur mikroskopisch nachweisbare Reste keinerlei Zeichen von Myxödem oder Tetanie aufgetreten sind. Verfasser meint, dass diese geringen Reste genügt haben, die Ausbildung jener Krankheit hintanzuhalten (oder es hatte, bei dem langsamen Schwund der Drüse, vielleicht ein anderes Organ Zeit, ihre Rolle zu übernehmen. Ref.).

Centralblatt für Gynäkologie. 1894, Nr. 52.

H. Fritsch: **Ein Fall von völligem Schwund der Gebärmutterhöhle nach Auskratzung.**

Bei einer etwa 25 jährigen Frau war wegen fortwährender Blutungen im Wochenbett die Auskratzung in Narkose vorgenommen und dabei ein Stück „Fleisch" herausbefördert worden. Die Blutungen hörten auf, die Frau erholte sich. Seitdem (ca. 2 Jahre) keine Menses. Die Frau ist gesund und blühend, hat keinen Fluor, keine Spur von Reflexneurosen. Scheide weit, Muttermund verwachsen, Uterus infantil. Ein Versuch, eine Uterinhöhle künstlich herzustellen, misslingt; der Uterus ist völlig obliterirt.

Ein solches Abreissen von Musculatur dürfte sich nur bei zu energischer Auskratzung im Wochenbett ereignen; hier ist also gelindere Handhabung geboten. Der Fall stützt ferner die Anschauung, dass es bei unheilbarer Dysmenorrhoe oder Menorrhagie im Allgemeinen vorzuziehen sei, statt der Castration die vaginale Totalexstirpation des Uterus vorzunehmen; die Befürchtung heftiger Menstruationsbeschwerden oder nervöser Symptome ist offenbar nicht gerechtfertigt. Eisenhart-München.

Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie 1894, 31. Band 1. Heft.

1) W. Thorn: **Zur manuellen Umwandlung der Gesichts- und Stirnlagen in Hinterhauptslagen.** Mit 2 Textabbildungen.

An der Hand einiger neuerer Arbeiten von v. Weiss, Peters u. A. und unter Zurückgreifen auf frühere eigene Publicationen erörtert V. die im Titel angegebene Frage. Das in den Lehrbüchern in erster Linie empfohlene Verfahren von Schatz ist nicht zweckmässig und besser ganz zu streichen. Die älteren, nach Baudelocque genannten Methoden, welche lediglich auf den Kopf einwirken, die perverse Haltung des Rumpfes aber ausser Acht lassen, sind nur für gewisse Fälle (fehlende Beweglichkeit des kindlichen Körpers, inniges Anliegen der Frucht am Uterus) passend. Am richtigsten ist es zugleich auf Kopf und Rumpf einzuwirken; zu diesem Behufe hat Th. schon vor längerer Zeit folgende Methode angegeben: Es sucht die in die Vagina eingeführte ganze oder halbe Hand, nach Lüftung des Kopfes aus dem Beckeneingang, die Rotation des Schädels um seine Querachse durchzuführen, so dass das Hinterhaupt (kleine Fontanelle) an die tiefste Stelle kommt; sie wird dabei von einer äusseren Hand, welche auf das Hinterhaupt drückt, unterstützt. Zugleich drückt die äussere Hand des Operateurs gegen die Brust des Kindes, in der Richtung nach aussen (gegen das kindliche Hinterhaupt zu) und etwas nach oben; Druck sodann auf den Steiss, in dem Sinne, dass dieser dem Gesicht zu bewegt wird, bringt schliesslich eine normale Haltung des Kindes zu Stande, bei welcher die Lordose der Gesichtslage in die Kyphose der Hinterhauptslage umgewandelt ist; nothwendig ist nun, dass das Kind in dieser Lage fixirt wird, was theils künstlich erzielt wird (Blasensprengung, Seitenlage), theils durch die nun meist kräftig einsetzenden Wehen. Die Summe dieser Handgriffe bezeichnet Th. als „combinirte" Umwandlung von Gesichts- in Hinterhauptslage. V. will sie durchaus nicht prophylaktisch in allen Fällen von Gesichtslagen angewandt wissen. Sie ist aber indicirt, wenn gegen Ende der ersten oder im Laufe der zweiten Geburtsperiode eine Verzögerung der Geburt eintritt, die bei längerer Dauer ernste Befürchtungen für das kindliche Leben aufkommen lässt. Vorbedingung ist eine genügende Beweglichkeit der Frucht, und eine zur Einführung der halben Hand genügende Erweiterung des Muttermundes; eventuell kann die Narkose zu Hilfe genommen werden. Contraindicirt ist die Methode bei primären Gesichtslagen, Vorfall der Nabelschnur und der Extremitäten, Placenta praevia, Cervixstrictur, Dehnung des unteren Uterinsegmentes und erheblicheren räumlichen Missverhältnissen. Misslingt die Umwandlung, so ist weiter expectativ zu verfahren oder die innere Wendung auszuführen; in anderen Fällen kommt die Zange oder Kraniotomie in Frage. Nach den bis jetzt vorliegenden Erfahrungen ist anzunehmen, dass durch richtige Anwendung der combinirten Methode die zur Zeit noch zwischen 13 und 17 Proc. betragende Kindermortalität, erheblich herabgemindert wird. Auch bei der ungünstigsten Kindeslage, der Stirnlage, wurde die combinirte Methode der Umwandlung schon in einer Reihe von Fällen und zwar mit dem besten Erfolg ausgeführt.

2) J. Merttens: **Beiträge zur normalen und pathologischen Anatomie der menschlichen Placenta.** (Aus dem pathologisch-anatomischen Institut Prof. Langhans in Bern.) Mit 4 Tafeln.

Eingehende Untersuchungen über Nekrose in der Decidua serotina und reflexa, wobei an die ganz analogen Nekrosen im Anschlusse an Hämorrhagien erinnert wird, wie sie Slavjansky bei der in Folge von Cholera auftretenden Endometritis hämorrhagica, v. Weiss und Koffer in Fällen frühzeitiger Lösung der normal sitzenden Placenta beschrieben haben. Die Entstehung solcher Nekrosen, ob einfach durch Druck der Extravasate oder durch Unterbrechung des Lymphstromes, oder auch andere, tieferliegende Ursachen, ist noch nicht völlig klargestellt. — Sodann bespricht V. einen Fall von Hyperplasie der Chorionzotten mit Anführung der in der Literatur über solide Placentartumoren sich findenden Angaben.

3) L. Kleinwächter: **Zur Frage der Castration als heilender Factor der Ostemalacie.**

Gegen die Ueberschätzung des Heilwerthes der Castration in Fällen von Osteomalacie hat s. Z. v. Winckel bereits Stellung genommen; Kl. schliesst sich dessen Ausführungen an, möchte nur der Frage mehr Aufmerksamkeit geschenkt wissen: in wieweit der einfache Kaiserschnitt, mit Zurücklassen der Ovarien eine Heilung von Osteomalacie bewirken kann; es ist nach dieser Richtung noch Material zu sammeln. Kl. theilt sodann 2 Fälle mit; der eine, Sectio caesarea mit angeschlossener Castration, ist für therapeutische Fragen belanglos, da die Patientin 5 Tage post operationem an Darmverschluss starb. Im anderen Falle, Sectio caesarea ohne Entfernung der Ovarien, trat Heilung von der Osteomalacie, Consolidation der

Knochen ein; in der 3 Jahre 45 Tage post operationem erfolgten letzten Vorstellung der Patientin wurde von dieser dauernde völlige Gesundheit angegeben und von Kl durch Untersuchung bestätigt. Allerdings ist zu bedenken, dass inzwischen keine Gravidität mehr eingetreten war, und dass die Osteomalacie nach abgelaufener Schwangerschaft ohnediess nicht ganz selten zum Stillstand kommt.

4) S. Cholmogoroff: **Zur Behandlung der completen Uterusrupturen.** (Aus der Moskauer Gebäranstalt.)

Bei der Behandlung der Ruptura uteri totalis kommen in der Hauptsache nur zwei Methoden in Betracht: die Cöliotomie mit oder ohne Naht des Risses, mit oder ohne Erhaltung der Gebärmutter und die Tamponade bezw. Drainage von der Scheide aus. Gute und ungünstige Resultate sind auf beiden Seiten ziemlich gleich vertheilt, so dass weder die eine noch die andere Methode generell empfohlen werden könnte. Ch. hat nun in einem Falle, wobei das Kind mit Kopf und Rumpf durch den Riss getreten war und die ebenfalls durchgeglittene Placenta manuell zwischen den Gedärmen hervorgeholt werden musste, also in, quoad infectionem, sehr ungünstigen Verhältnissen, folgendes Verfahren mit Erfolg angewandt: Ausspülung der Bauchhöhle mit warmer 2 proc. Borsäurelösung; Blosslegung und Naht des in der Cervix befindlichen Querrisses von der Scheide aus, bis auf eine 2 fingerbreite Stelle im linken Wundwinkel; dortselbst Jodoformgazedrainage. Auf diese Weise wurde sofortiger Stillstand der Blutung und weiter Abfluss des Secretes erzielt. Die Patientin genas. Im Puerperium auftretende hohe Temperaturen waren durch einen Mammerabscess zu erklären.

5. B. Rosinski: **Einige kritische Bemerkungen zu Fournier's Monographie „Die Vererbung der Syphilis“.** (Aus der kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Königsberg i. Pr.)

Fournier vertritt den Standpunkt, dass eine nach erfolgter Conception, während der Gravidität stattgehabte syphilitische Infection der Mutter von dieser auf das Kind übergeht, andererseits, dass eine allein vom Vater her (Sperma) syphilitische Frucht später die von der directen Infection von aussen verschont gebliebene Mutter inficiren kann; mit einem Wort, dass die Placenta in Bezug auf die syphilitische Infection keine Schranke zwischen Mutter und Frucht darstellt. Indem V. der von Kassowitz vertretenen entgegengesetzten Ansicht beipflichtet, sucht er die von F. für seine Anschauung beigebrachten Gründe und damit erstere selbst zu widerlegen. Der einfachste Beweis für die Richtigkeit der Ansicht F.'s: eine vorher gesunde Frau wird im Verlauf der Gravidität syphilitisch inficirt und gebiert ein syphilitisches Kind, ist trotz der vielen Tausende von Beobachtungen nicht ein einziges Mal erbracht worden. Während also nach V.'s Ueberzeugung die Luesbacillen die Placenta nicht passiren, können natürlich die gelösten Stoffwechselproducte in das Blut und so von dem Kind auf die Mutter, und umgekehrt, übergehen; auf diese Weise erklärt V. mit vielen Anderen die Syphilis-Immunität von Müttern, welche, selbst gesund, eine syphilitische Frucht getragen haben; dieselben sind, ohne die Krankheit selbst durchgemacht zu haben, allmählich immun geworden. Unerklärbar sind auch nach der F.'schen Lehre die Fälle, in welchen von Zwillingsfrüchten die eine hereditär luetisch, die andere gesund geboren wird und bleibt. Hiezu führt V. folgenden Fall an: von zwei aus verschiedenen Eiern stammenden, nahezu reifen Zwillingsknaben zeigt der eine bei der Geburt ausgesprochene Lues und stirbt am 9. Tage; der andere wird gesund geboren und bleibt es bis zum Ende der 6. Woche; dann tritt eine syphilitische Eruption auf und das Kind stirbt in wenigen Tagen. Die auffallende zeitliche Differenz in dem Auftreten der Zeichen der Erkrankung bleibt unaufgeklärt.

6) R. Landerer: **Ueber Metastasenbildung bei carcinomatösen Ovarialcysten.** (Aus der Universitäts-Frauenklinik in Würzburg.) Mit 2 Tafeln.

Drei Fälle von malignen degenerirten Ovarialcysten (glanduläre Cystadenome) bilden die Grundlage der Untersuchung. Die Peritonealmetastasen kommen dadurch zu Stande, dass die carcinomatösen Geschwulstmassen in der Cystenwand gegen die Serosa zu wachsend die Wand durchbrechen und dann abgestreift werden und sich anderwärts implantiren; oder es findet durch Contact (Ligam. latum, Douglas) eine directe Umwandlung der Serosa- in epitheliale Zellen statt; oder es werden Krebspartikel durch den intraabdominellen Druck in Lymphstomata des Peritoneums (Zwerchfell) eingepresst. Metastasenbildung durch Vermittlung der Tube kann erfolgen durch die Serosa des Ligam. latum, durch den Weg, der auch das Ovulum zur Uterushöhle führt und durch die Lymphbahnen. Nach der ganzen Ausbreitung eines Carcinoms und der Analogie mit anderen infectiösen Processen, Sepsis, Tuberculose, glaubt Verfasser einem lebenden Infectionsträger, sei er pflanzlicher oder animaler Natur, die erste Rolle in ätiologischer Beziehung zuschreiben zu müssen. In praktischer Hinsicht weisen die Untersuchungen des Verfassers abermals darauf hin, Ovarialcysten, wegen der Gefahr carcinomatöser Degeneration, zu entfernen, sobald sie diagnosticirt werden, bei der Operation maligner Ovarialtumoren sehr vorsichtig zu Werke zu gehen, um Impfrecidive zu vermeiden, und auf den Tubenbefund achtend diese eventuell in grosser Ausdehnung mitzuexstirpiren.

7) P. Silex: **Statistisches über die Blennorrhoe der Neugeborenen.** (Aus der Universitätsklinik für Augenkranke zu Berlin.)

Verfasser weist zunächst statistisch nach, dass im Gegensatz zu den Kliniken die Zahl der Fälle von Ophthalmoblennorrhoe der Neugeborenen ausserhalb derselben gegen die Zeit vor der Empfehlung des Credé'schen Verfahrens nicht oder kaum gesunken und im ganzen deutschen Reich immer noch eine erschreckend grosse Zahl von Erblindungen auf diese Ursache zurückzuführen ist. Verfasser entwirft sodann Vorschriften für die Hebammen, welche darin gipfeln, dass in gewöhnlichen Fällen Ausspülung der Augen genügt, dass die Hebamme autorisirt werde, in Fällen von bekannter gonorrhoischer Erkrankung der Mutter die 2 proc. Argent. nitr. Lösung anzuwenden, dass schliesslich polizeiliche Anzeigepflicht der ausgebrochenen Erkrankung eingeführt werde.

8) Rissmann: **Zur Casuistik der Enchondrome des Beckens.** (Aus der Provinz. Hebammenlehranstalt Hannover.) Mit Abbildungen.

Sehr grosses vom rechten oberen Schambeinast ausgehendes Enchondrom bei einer 20jähr. I p. Sectio caesarea. Tod an fibrinös-eitriger Peritonitis. An die Beschreibung des makroskopischen und mikroskopischen Befundes reiht Verfasser eine Besprechung der Aetiologie (Unregelmässigkeiten in der Entwicklung der Beckenknochen) dieser Tumoren und die bei Beckengeschwülsten einzuschlagende Therapie, welche in eine geburtshilfliche und chirurgische zu trennen ist.

9) Den Schluss des Heftes bilden die Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin vom 25. V. bis 22. VI. 1894. Eisenhart-München.

Vereins- und Congressberichte.

Wiener Briefe.

(Originalbericht.)

Wien, 5. Januar 1895.

Die Infectionskrankheiten in Oesterreich. — Zur Statistik der Diphtheriebehandlung mit Heilserum.

Die wissenschaftlichen Corporationen Wiens haben wegen der Feiertage ihre Thätigkeit eingestellt und so bleibt mir Musse genug, mich mit anderen Dingen zu beschäftigen, welche das öffentliche Interesse in Anspruch nehmen.

Das Sanitätsdepartement im k. k. Ministerium des Innern hat in einer Beilage des Organs des Obersten Sanitätsrathes vom 27. December 1894 über die Infectionskrankheiten in Oesterreich während der Jahre 1892 und 1893 und im Quinquennium 1889—1893 einen ausführlichen Bericht erstattet. Er basirt naturgemäss auf den Anzeigen der praktischen Aerzte; er ist daher in dem Maasse auch unvollständig, als in ärztearmen Gegenden weniger Anzeigen erstattet werden, oder der Arzt bloss gerufen wird, um den — eingetretenen Tod zu constatiren. Der ärztliche Todtenbeschauer — und nicht überall im Lande gibt es einen solchen — constatirt also gewissenhaft alle Fälle nach ihren Todesursachen; es zeigt sich aber, dass von diesen Fällen 1893 bloss 41—64 Proc., im Jahre 1889 bloss 31—68 Proc. zur Anmeldung gelangt waren. Wie viele Fälle genesen aber, ohne jemals angezeigt zu werden? Darüber schweigt der Bericht; er constatirt bloss, dass „immer noch ein sehr erheblicher Theil der Todesfälle erst verspätet zur Kenntniss der Behörde kommt.“

Die Anzeigepflicht der Aerzte und demgemäss auch die Berichterstattung erstreckte sich auf die nachfolgenden Krankheitsformen: Blattern, Scharlach, Croup und Diphtheritis, Masern, Ileotyphus, Flecktyphus, Ruhr und Kindbettfieber.

Die Gesammtzahl der Blatternerkrankungen und mit diesen auch der Blatterntodesfälle ist im Laufe der letzten 5 Jahre stark gesunken; erstere betrug 1889—1893 in constanter Abnahme 50145, 24412, 28873, 21274 und 19699, letztere fiel von 8385 (des Jahres 1889) auf 3735 (des Jahres 1893), ist also um 60 resp. 55 Proc. zurückgegangen. Diese Einschränkung der Blattern wird auf die allseitig geförderte Schutzpockenimpfung, namentlich auf die Einführung der Vaccination resp. Revaccination der Schulkinder (indirecter Impfzwang) zurückgeführt.

Während von den geimpften Kindern ungefähr der zwölfte Theil der Krankheit erlag, raffte diese den dritten Theil der ungeimpften Kranken hinweg. Das allgemeine Letalitätsverhältniss blieb während der 5 Jahre bei den Geimpften ebenso constant wie bei den Ungeimpften. Was werden die Impfgegner gegen diese neueste officielle Statistik noch vorbringen können?

Der Scharlach hat seit dem Jahre 1889 an Ausbreitung und Zahl der Fälle zugenommen. Die Zahl der betroffenen

Gemeinden stieg von 2278 auf 3434, die der Fälle von 30566 (Jahr 1889) allmählich auf 43882 (Jahr 1893). Es gewinnt den Anschein, dass ausgedehnte Scharlachepidemien seltener werden, dass aber die Krankheit mehr und mehr sich einbürgert und nicht mehr für kürzere oder längere Zeit vollständig verschwindet, wie es früher zumeist der Fall gewesen. Innerhalb der letzten 5 Jahre schwankte die Zahl der Todesfälle in Folge von Scharlach zwischen 10453 (1889) und 13790 (1893).

Auch der Croup und die Diphtheritis haben während der 5 Berichtjahre an Ausbreitung und Zahl zugenommen, und dabei klagt der Berichterstatter, dass die Behörden nur von circa der Hälfte der Fälle sofort Kenntniss erlangen und dass dadurch die rechtzeitige Einleitung der entsprechenden Maassnahmen immer noch in der Hälfte der Fälle unmöglich wird. Die Zahl der Erkrankung betrug also 1893 35387 gegen 19939 des Jahres 1890. Das Mortalitätsverhältniss ist von 36,6 auf 59,6 pro 100000 Einwohner gestiegen. Das Letalitätsverhältniss blieb in den 5 Jahren ein ziemlich constantes, es bewegte sich zwischen 38,1 und 43,8 Proc. der Erkrankten. Im Jahre 1893 starben von je 100 Erkrankten: in Niederösterreich, Schlesien 34,8, in Görz-Gradiska 33,4, in Triest und Gebiet schon 51,0, in Dalmatien gar 62,2.

Die Zahl der Erkrankungsfälle an Masern erreichte im Jahre 1890 den höchsten Stand (182721), ging aber in den folgenden Jahren allmählich wieder zurück, bis auf 121541 im Jahre 1893. Der allgemeine Krankheitscharakter ist in den letzten Jahren ein milderer geworden. Die für Oesterreich berechnete Morbiditätsziffer betrug in den Jahren 1892 und 1893 5 pro mille der Bevölkerung.

Die Erhöhung der Zahl der Krankheitsfälle beim Ileotyphus (von 20846 allmählich ansteigend auf 36349 im Jahre 1892 und 27946 im Jahre 1893) kommt zum Theil auf Rechnung der in den beiden letzten Jahren häufiger erstatteten Anzeigen. Als Ursache des so häufigen Auftretens der Krankheit im italienischen Theile Tirols wurden ebenso wie hinsichtlich des epidemischen Auftretens derselben in anderen Ländern zumeist ungünstige Trinkwasserverhältnisse beschuldigt. 14,9—15,5 Proc. der Erkrankungsfälle verliefen letal.

Der Flecktyphus hat in Oesterreich stark abgenommen; Schlesien blieb 1893 von dieser Krankheit ganz verschont, in Mähren und Galizien sank die Zahl der Erkrankungen auf die Hälfte.

Von der Cholera asiatica wurden 1892 214 Erkrankungs- und 125 Todesfälle constatirt, zumeist war Galizien befallen, wohin sie aus Russland eingeschleppt wurde. Im Jahre 1893 gelangten 1547 Erkrankungs- und 913 Todesfälle zur Anzeige. (Die neuesten Cholera-Nachrichten — abgeschlossen am 31. December 1894 — lauten: Vom 23.—31. December 56 Erkrankungen und 31 Todesfälle; seit dem Beginn der Epidemie 14975 Erkrankungen und 8238 Todesfälle.)

Die Dysenterie hat während der 5 Berichtjahre stark abgenommen, das Kindbettfieber, wohl aus dem Grunde, weil die Anzeigen häufiger erstattet worden, dagegen zugenommen. Im Jahre 1893 starb in Oesterreich mehr als die Hälfte (51,3 Proc.) der von einem Puerperalprocesse befallenen Weiber.

Sonst wäre noch zu verzeichnen, dass im Jahre 1893 28468 Keuchhustenfälle zur Anzeige gelangten, während die Meningitis cerebrospinalis in demselben Jahre in 44 Fällen beobachtet wurde, von denen 28 tödtlich endeten.

Schliesslich noch einige Worte über die Kosten der Epidemietilgung. Im Jahre 1892 wurden rund 332000, im Jahre 1893 rund 387000 Gulden für diesen Zweck verausgabt, von welchen Summen für Choleramaassnahmen allein die Beträge von 131000 resp. 213000 Gulden entfielen. Die Kosten per Kopf der Bevölkerung: 1892 1.39, 1893 1.62 Kreuzer.

Das Stadtphysikat in Triest hat jüngst einen Bericht erstattet über die daselbst herrschende intensive Diphtherie-Epidemie, bei welcher auch das Behring'sche Heilserum reichlich zur Anwendung kam. Die erste Injection wurde am 4. August 1894 gemacht. Bis dahin wurde ein Mortalitätsprocent von 43,8 constatirt, von da ab bei 252 mit Serum behandelten Kindern ein solches von 21 (63 Todesfälle). Von den im Spitale behandelten 180 Kindern starben 40 = 22,2 Proc., in der Privatpraxis von 72 Kindern bloss 5 = 6,5 Proc. Die Mortalität, heisst es im Berichte, ist augenscheinlich gesunken, obwohl die leichteren Fälle mit eingerechnet sind, da diese nicht mehr verheimlicht, sondern häufiger als früher der ärztlichen Behandlung zugeführt wurden. In den ersten 24 Stunden der Spitalsbehandlung starben 6 und am 10. Tage nach der Aufnahme noch 4 Kranke. Je früher die Methode in Anwendung kam, desto grösser war der Heilungseffect.

Unter den Spitalskranken waren postparalytische Lähmungen nicht selten; in 2 Fällen trat plötzlich Herzparalyse ein, nachdem die Kranken bereits 3—4 Tage den diphtheritischen Process überstanden hatten. Daraus muss geschlossen werden, dass das Heilserum nicht immer das diphtheritische Virus zu paralysiren vermag.

Bei 105 Kranken wurde der Urin täglich untersucht. 7 derselben waren schon bei der Aufnahme mit Albuminurie behaftet, bei 68 Kranken entwickelte sich dieselbe zwischen dem 1.—9. Tage nach der Injection, liess sich jedoch nur 8—14 Tage lang nachweisen. Nicht immer handelte es sich dabei um Nierenentzündung, denn nur in der Hälfte der Fälle fanden sich bei der mikroskopischen Untersuchung granulirte Cylinder. Bei 20 Präventivimpfungen wurde Albuminurie nicht beobachtet.

Weiters liegt ein officieller Bericht der Landesregierung in Bukowina vor. Die Versuche wurden mit dem Aronson'schen Heilserum angestellt. Die Zahl der von Dr. Brunstein in Suczava mit Heilserum behandelten Kinder betrug 33, von denen 7 = 21,2 Proc. starben. Die Letalität der Diphtherie betrug früher 50,7—63,7 Proc.

Der landesfürstliche Bezirksarzt Dr. Perl in Sereth impfte 36 Kranke mit dem Antitoxin, von diesen starben 4 = 11,1 Proc.; von weiteren (nicht geimpften) 126 Diphtheriekranken starben 49 = 38,9 Proc. Auch dieser Berichterstatter sagt: Je früher ein Diphtheriekranker der Heilserumtherapie unterzogen wurde, desto günstiger und kürzer gestaltete sich der Krankheitsprocess, und zwar so constant, wie bei keiner anderen Heilmethode.

Von 67 Immunisirten erkrankten nachträglich 13 = 19,4 Proc., von welchen 2 = 15 Proc. starben; von den 54 nachträglich nicht erkrankten Immunisirten waren 12 Kinder einer Infectionsgefahr nicht ausgesetzt, so dass nur bei 27 Personen eine immunisirende Wirkung des Heilserums angenommen werden kann.

Hofrath Prof. Dr. Leopold Ritter v. Dittel begeht am 15. Mai l. Js. seinen achtzigsten Geburtstag in voller Frische des Geistes und Körpers. Ein Comité, welchem hervorragende Vertreter der medicinischen Facultät angehören, hat soeben einen „Aufruf“ an die Verehrer Dittel's behufs Theilnahme an einer Ovation ergehen lassen. Es wird beabsichtigt, eine goldene Medaille des Jubilars prägen zu lassen und sie ihm in feierlicher Weise zu überreichen. Hofrath v. Dittel hat sich durch zahlreiche Arbeiten über die Harn- und Geschlechtsorgane rühmlichst hervorgethan, fungirt seit Juli 1861 als Primararzt einer chirurgischen Abtheilung im k. k. allgemeinen Krankenhause und ist auch — seit dem Ableben Billroth's — Präsident der k. k. Gesellschaft der Aerzte Wiens.

Aus den englischen medicinischen Gesellschaften.

Clinical Society of London.

Sitzung vom 14. und 21. December 1894.

Discussion über die Behandlung der Diphtherie mit Heilserum.

J. W. Washbourn, E. W. Goodall und A. H. Card berichten über eine Reihe von 80 Diphtheriefällen (unter 15 Jahren), welche mit dem vom British Institute of Preventive Medicine durch Prof. Ruffer gelieferten Heilserum behandelt wurden.

Sämmtliche Fälle wurden bakteriologisch untersucht. In nur 61 Fällen von 80 wurden Diphtheriebacillen nachgewiesen, von den übrigen 19 Fällen zeigten 11 zwar das klinische Bild der Diphtherie, aber der weitere Verlauf rechtfertigte die bakteriologische Diagnose.

Was den speciellen bakteriologischen Befund der Exsudate betrifft, so konnten in der Mehrzahl der Fälle Bakterien in grosser

Menge nachgewiesen werden. Dieselben waren von verschiedenen Formen, gerade, kommaförmig, feine Spirillen, Diplococcen, Streptococcen und andere Mikrococcen. Vorherrschend waren meist Diplococcen, oft in grossen Massen auf der Oberfläche der Epithelzellen angehäuft. Irgend ein prognostischer Werth konnte dem Vorkommen oder der Menge dieser verschiedenen Mikrococcen nicht beigemessen werden. Streptococcen fanden sich in mehr als der Hälfte der Fälle, auch hier zeigte deren Vorhandensein keinen besonderen Einfluss auf den Verlauf der Fälle. In mehr als 1/3 der Fälle konnten charakteristische Diphtheriebacillen (Löffler-Klebs) bereits in den Exsudaten nachgewiesen werden, nur einige wenige dieser Fälle zeigten einen milden Verlauf, mehr als ein Drittel derselben verliefen tödtlich; so dass also das Vorkommen des Diphtheriebacillus in den Membranen eine ungünstige Diagnose bedeutet.

Was die Culturen anbetrifft, so zeigten 13 Fälle, in denen sich nur Diphtheriecolonien entwickelten, vorwiegend schweren Charakter, ein Drittel derselben verlief tödtlich; von 17 Fällen, in denen nur eine geringe Anzahl von Diphtheriecolonien zur Entwickelung gelangten, zeigten 11 einen milden, nur 4 einen schweren Charakter. In 8 Fällen waren die Diphtheriecolonien atypisch, 5 davon waren milde, 1 mittelschwer, 2 schwer. In 48 Fällen entwickelten sich neben den Diphtheriecolonien auch Streptococcencolonien; das Vorhandensein derselben zeigte im Gegensatz zu den Beobachtungen anderer Autoren keinen ungünstigen Einfluss auf den Verlauf der Diphtherie, eher das Gegentheil.

Einige Fälle waren mit dem Brisou'schen Coccus, andere mit dem Staphylococcus aureus vergesellschaftet, sämmtliche verliefen milde. Von den Varietäten des Diphtheriebacillus zeigten sich die mittlere und besonders die kurze Form weniger virulent als die lange. —

Die Injection des Heilserums erfolgte in die Weichengegend unter streng aseptischen Cautelen, die Menge des injicirten Serums schwankte zwischen 5 und 30 ccm pro dosi, die Gesammtmenge zwischen 5 und 90 ccm.

Es wurden im Ganzen 182 Einspritzungen gemacht, ohne jede locale Entzündungserscheinung.

Die Resultate ergaben eine Herabsetzung der Mortalitätsziffer auf die Hälfte.

Die Mortalität im Eastern Hospital, wo die Versuche angestellt wurden, war in den Jahren 1893 und 1894: 38,8 Proc.; mit Einführung der Antitoxinbehandlung: 19,4 Proc.

Neun Fälle mussten tracheotomirt werden, davon genasen 6.

Im Gegensatz zu den Fällen von Roux, Martin und Chaillou zeigten die reinen Fälle, d. h. die, welche nicht mit andern Bakterienarten vermischt waren, 26,6 Proc. Sterblichkeit (gegen 7,5 Proc.), die mit Streptococcen gemischten 9 Proc. (gegen 34,2 Proc.), also das gerade Gegentheil.

Die Wirkung des Antitoxins bestand klinisch in der Verminderung der Exsudation, Herabsetzung der Pulsfrequenz und Besserung des Allgemeinzustandes. In schweren Fällen zeigte sich diese Wirkung erst nach 2—3 Tagen. Das Eintreten der Albuminurie wurde scheinbar nicht beeinflusst.

Daneben zeigten sich aber zwei andere Wirkungen des Antitoxins, nämlich ein erythematöser Hautausschlag und Gelenkschmerzen. Der Hautausschlag trat in 25 Proc. der Fälle auf, meist unter Fiebererscheinungen, zwischen dem 7. und 19. Tage nach der Injection, doch hatte er ausser Jucken und Brennen mässigen Grades keine weiteren unangenehmen Folgen. In 6 Fällen traten, ebenfalls unter Fiebererscheinungen, Gelenkschmerzen auf, meist in der Hüfte, ungefähr in demselben Zeitraum wie der Ausschlag, Dauer höchstens 3 Tage.

Was die Dosirung betrifft, so wurde in den schweren toxischen Fällen (Larynxaffection allein macht den Fall noch nicht zu einem schweren) zuerst 20 ccm, nach 18—24 Stunden weitere 10 ccm und nach wieder 18—24 Stunden noch einmal 5—10 ccm gegeben. Bei mittelschweren Fällen beträgt die erste Dosis 10 ccm, am nächsten Tag 5 ccm und eventuell am 2. Tage noch weitere 5 ccm, für leichte oder verdächtige Fälle nur eine Dosis von 5 ccm von einem Serum, von dem 0,0001 ccm eine sonst für ein Meerschweinchen tödtliche Diphtherietoxinmenge neutralisirt.

Zeigt sich in schweren Fällen nach 4 Tagen noch keine Besserung, so ist auch weiterhin keine mehr zu hoffen, im anderen Falle empfiehlt sich am 5. oder 6. Tage eine weitere Injection von 5 ccm.

Herringham berichtet über 22 am St. Bartholomew's Hospital mit Heilserum behandelte Fälle. In 4 davon konnte der Löffler'sche Bacillus nicht nachgewiesen werden, von den übrigen 18 Fällen waren 7 leicht, 5 schwer, 6 sehr schwer; die letzteren 11 erforderten sämmtlich Tracheotomie, einer wurde mit Intubation behandelt. Von den Tracheotomirten starben nur 3, was eine Herabsetzung der Mortalität gegenüber früher um mehr als die Hälfte bedeutet.

Lennox Browne hatte 5 Fälle mit Antitoxin behandelt, 2 davon starben unter den Erscheinungen der Anurie, auch die anderen 3 Fälle zeigten Neigung dazu, und ist er geneigt, dies als Wirkung des Heilserums anzusehen. Er bestätigt übrigens die prompte Wirkung des Antitoxins auf die Drüsenschwellung und die Pyrexie; ebenso Newman-Glasgow. Dieser weist auf das Wünschenswerthe einer Isolirung des Antitoxins aus dem Serum oder einer concentrirteren Form des letzteren hin, eine Forderung, deren Berechtigung, aber auch sehr schwierige Erfüllung Sims Woodhead anerkennt. Er glaubt, eine Verstärkung des Serums anstreben zu sollen.

Hawkins bespricht den Unterschied der verschiedenen Antitoxine, die von Aronson, Behring, Roux, Ruffer und Klein hergestellt wurden. Das letzterwähnte wird nicht, wie das von Roux, durch Injection der Toxine, sondern durch directe Injection des Diphtheriebacillus in das Pferd gewonnen. Zur Immunisirung eines Pferdes braucht man statt 3 Monate nur 1 Monat. Die Stärke derselben ist dem nach der Pariser Methode dargestellten etwa ziemlich gleich. Dieses Klein'sche Antimycetin hat mehr eine Wirkung auf die Bacillen selbst als auf ihre Producte.

Mac Combie hatte 31 Fälle behandelt mit nur 3 Todesfällen. Der Hautausschlag fand sich in 50 Proc. der Fälle. Gelenkschmerzen wurden nur 2mal beobachtet. Er gab ziemlich hohe Dosen.

F. Caiger hatte 30 Fälle mit 8 Todesfällen, wovon jedoch 5 in sehr desolatem Zustand erst zur Behandlung kamen. Er kann die Beobachtung Goodall's bezüglich des milderen Verlaufes der mit Streptococcen combinirten Fälle nicht bestätigen.

Washbourn erklärt die Wirkung des Antitoxins durch einen auf die Zelle ausgeübten Reiz, der dieselbe befähige, dem Gifte Widerstand zu leisten. Was die secundären Lähmungen betrifft, so werden diese wahrscheinlich durch ein aus dem Diphtheriegift im Körper sich entwickelndes Toxin erzeugt. Dadurch verändert sich aber der Charakter des Diphtheriegiftes selbst und erklärt sich so die verminderte Wirkung des Heilserums in verschleppten Fällen und bei den secundären Complicationen.

Obstetrical Society London.

Sitzung vom 5. December 1894.

Vaginale Hysterektomie bei primärem Carcinom des Uteruskörpers.

Lewers referirt über eine Reihe von sechs mit gutem Erfolg per vaginam operirten und bisher ohne Recidiv gebliebenen Fällen. Bei der Operation verwendet er an Stelle der Ligaturen der breiten Bänder Klemmzangen.

Amand Routh hält deren Anwendung zwar für günstig, insoferne sie die Operationsdauer verkürzen und vereinfachen, aber die Heilung wird durch Abstossung eines Theiles der breiten Mutterbänder und dadurch bewirkte Fieberbewegung etwas verzögert. Lewers plaidirt für ein ziemlich langes Liegenlassen der Zangen zur Vermeidung nicht nur von Blutungen, sondern auch von Lösung der sich in der Nähe der Wunde bildenden Adhäsionen.

Peter Horrocks erwähnt, dass bei dem Körpercarcinom die Schmerzen geringer seien als bei dem Cervicalkrebs, und Lewers glaubt, dass das Körpercarcinom einen mehr chronischen Charakter habe, als letzterer.

Alban Doran weist darauf hin, dass nach den Statistiken der Uteruskrebs eine geringere Mortalität aufweise, als der Brustkrebs, und ebenso die Mortalität und die Häufigkeit der Recidive für die operirten Fälle eine geringere sei, trotz der durch die vaginale Exstirpation beschränkten Operationsweise gegenüber dem ausgedehnten und oft bis in die Achselhöhle greifenden Verfahren beim Mammacarcinom.

G. E. Herman erklärt dies zum Theil durch die geringe Neigung zur Metastasenbildung. Er zieht die Ligatur der Anwendung der Klemmzangen vor, weil sie die manchmal wünschenswerthe Entfernung der Adnexa ermögliche. Uebrigens haben weder er noch Lewers die von manchen Autoren angegebenen Schmerzen und Beschwerden von Seite der zurückgelassenen Appendices beobachtet.

Royal medical and chirurgical Society.

Sitzung vom 11. December.

Der Einfluss der Heredität bei der Phthise.

E. Squire sucht an der Hand eines grossen statistischen Materials nachzuweisen, dass der hereditäre Einfluss bei der Phthise nicht eine eigentliche Erblichkeit dieser Krankheit selbst, sondern nur eine Anlage zu constitutionellen Krankheiten überhaupt ist. Er fand, dass die Kinder phthisischer Eltern ein bloss um 9 Proc. höheres Contingent zur Phthise stellen, als die Kinder nicht phthisischer Eltern. Von 1000 Phthisikern gaben 32,5 Proc hereditäre Belastung an, davon waren 28,97 Proc. männlichen, 37,87 Proc. weiblichen Geschlechts.

W. Sedgwick weist auf die bekannte Thatsache hin, dass bei hereditären Krankheiten die Vererbung innerhalb des gleichen Geschlechts eine grössere ist, so zeigen die Statistiken des grossen Bromptonhospitals für Lungenleidende z. B., dass die Phthise des Vaters in 59 Proc. auf die Söhne und nur in 43 Proc. auf die Töchter übertragen wurde.

J. E. Pollock und Fowler stützen sich den Angaben Squire's gegenüber auf die Statistiken und Gepflogenheiten der Versicherungsgesellschaften, welche der Erblichkeit der Phthise ein grosses Feld einräumen. Auch die Statistik R. Thompson's spricht in diesem Sinne.

Hutchinson betont die nahe Verwandtschaft des Lupus erythematosus mit der Phthise und macht auf die oft sehr lange latent bleibenden Fälle von Tuberculose aufmerksam.

Die Frage der Uebertragung in utero wird berührt von Fowler; derselbe weist auch auf die Tabelle von R. Williams hin, wonach Tuberculose der Eltern in der Jugend zu Phthise, im Alter zu Carcinom prädisponire.

Squire fasst seine Resultate dahin zusammen, dass die Kinder phthisischer Eltern die Tuberculose eher acquiriren als andere, weil sie einerseits schwächlicher Constitution sind und andererseits im Hause ihrer Eltern einer continuirlichen Infectionsgefahr ausgesetzt sind. F. L.

Verschiedenes.

(Antipyrin und Heilserum.) Man schreibt uns aus Wien: „Das Antipyrin und das Behring'sche Heilserum haben scheinbar nichts mit einander gemein; thatsächlich besteht aber jetzt für die Apotheken Wiens ein inniger Connex zwischen beiden. Das Verdienst (?), einen solchen hergestellt zu haben, gebührt der Firma Meister, Lucius, Brüning & Co. in Höchst a. M. Diese Fabrik gibt nämlich ihr Heilserum nur jenen Apotheken Wiens, resp. Oesterreichs ab, welche ihr auch Antipyrin abkaufen. Ohne Antipyrin — kein Heilserum!

Nun ist das Antipyrin „Höchst" per Kilo um 14 Gulden theurer, als beispielshalber das sog. „Stella-Antipyrin", welches der Taxe für die Apotheker Oesterreichs zur Basis der Berechnung diente. Die 14 Gulden mehr müssen also auf je 4 Fläschchen Heilserum „aufgeschlagen" werden, da das Antipyrin nicht theurer verkauft werden darf. Das Heilserum soll aber auch nur mit 20% Gewinn abgegeben werden — wie helfen sich also die Apotheker?

Sie helfen sich in der Art, dass sie jede Nachfrage nach Heilserum damit beantworten, dass absolut keines zu bekommen sei; auch für Wochen hinaus sei nichts zu erhoffen. Vielleicht aus — — zweiter Hand — wohl etwas theurer — — selbstverständlich sei das blos eine Gefälligkeit für den betreffenden Arzt etc. etc. Es blüht also der Heilserum-Schacher und das Protectionswesen in unseren Apotheken in bisher ungeahnter Weise."

Wir würden die vorstehende Mittheilung kaum für glaublich gehalten haben, wenn ihre Richtigkeit uns nicht vom Einsender verbürgt würde. Auch ist diese Geschäftsgebahrung der Höchster Fabrik unterdessen im niederösterreichischen Landtage zur Sprache gebracht und dort im antisemitischen Sinne ausgebeutet worden. Dass die genannte Firma im Vertriebe ihrer Specialitäten wenig scrupulös ist, wissen wir vom Migränin her, dass jedoch sie, die in so hohem Maasse die Unterstützung der Aerzte und Behörden geniesst, sich so sehr über das „Noblesse oblige" hinwegsetzen würde, wie es durch das geschilderte Vorgehen geschieht, hätte man nicht erwarten sollen. — Hierzu passt auch folgende Mittheilung des Aerztlichen Vereinsblattes in No. 294:

„Ein Arzt in Saarlouis beschwert sich mit Recht, dass, wie aus der folgenden Anzeige in der „Saarzeitung":

„Zweite Sendung „Diphtherie-Heilserum" eingetroffen.
Zum Selbstkostenpreise nur an Private abzugeben.
Jacobs, Gasthaus, Fraulautern."

hervorgeht, die Höchster Farbwerke das Heilserum an den Besitzer eines bescheidenen Gasthofes abgeben, während die Apotheken in Saarlouis und Fraulautern zur Zeit einer Diphtherie-Epidemie sich brieflich und telegraphisch vergeblich darum bemühten. Wir haben schon bei einer anderen Gelegenheit die Geschäftsführung jener Firma im Vertrieb von Heilmitteln zu rügen Ursache gehabt — dieses neue Vorkommniss verdient in der That die Beachtung der Behörden."

(Astley Cooper-Preis.) Der nächste Triennialpreis von 300 Pfd. St. soll dem Autor der besten Arbeit oder Abhandlung über „die Gelenkkrankheiten, verursacht durch Syphilis und Gonorrhoe" zuerkannt werden. Bewerber werden benachrichtigt, dass ihre Arbeiten — leserlich geschrieben, oder durch Schreibmaschine hergestellt — in englischer Sprache abgefasst, oder wenn in einer fremden Sprache, von einer englischen Uebersetzung begleitet sein müssen. Die Einsendungen sind vor dem 1. Januar 1898 an Guy's Hospital zu richten, adressirt an die Aerzte und Chirurgen von Guy's Hospital. Jede Arbeit oder Abhandlung muss mit einem Motto versehen sein und begleitet von einem versiegelten Couvert, enthaltend den Namen und die Adresse des Verfassers. Betreffs der weiteren Bedingungen wolle man sich wenden an Dr. Hale White, 65 Harley Street, London W., England.

(Nachwirkungen des Diphtherie-Serums.) Prof. Hagenbach in Basel, der im dortigen Kinderspital in einer Anzahl von echten Diphtheriefällen mit dem Behring'schen Serum auffallend günstige Resultate erhalten hat, beobachtete in einem Falle am 3. Tage nach der Injection das Auftreten von Petechien am ganzen Körper, dem am 7. Tage, nachdem bis dahin der Verlauf günstig schien, profuses Erbrechen und 3 Tage später der Tod unter Collaps folgte. Bei der Section fand man die Tonsillen partiell eitrig infiltrirt, Milzschwellung, parenchymatöse Nephritis und hämorrhagische Gastroenteritis, hochgradige Fettdegeneration des Herzmuskels. H. glaubt an einen Zusammenhang dieses Befundes mit der Seruminjection und fordert auf, bei Sectionen auf diese Punkte das Augenmerk zu richten. (Schweiz. Corr.-Bl.)

Therapeutische Notizen.

(Resultate der Serumbehandlung der Diphtherie). Dr. Williams-Boston berichtet in Boston Med. and Surg. J. 20. Dec. über 6 mit Höchster Serum behandelte Diphtheriefälle; davon starb ein 2jähriges Kind, das erst am fünften Krankheitstage zur Behandlung kam; unter den 5 Geheilten befand sich ein Kind von 20 Monaten. W. hebt die Vortheile der neuen Methode besonders bei so jungen Kindern hervor.

Ueber 6 im Kinderspital zu Aberdeen mit Höchster Serum behandelte Fälle berichtet Dr. Ross in Brit. med. J., 5. Januar. Von diesen starben 3. Das unbefriedigende Resultat dürfte wohl auf die viel zu geringe angewandte Dosis (8—14 Tropfen) zurückzuführen sein.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 8. Januar. § Am 20. vor. Mts. fand die Plenarsitzung des Obermedicinalausschusses statt. Se. Excellenz der k. Staatsminister des Innern Freiherr v. Feilitzsch wies in seiner Eröffnungsrede auf die Wichtigkeit der beiden auf die Tagesordnung gesetzten Berathungsgegenstände für den ärztlichen Stand hin, da dieselben durch die seinerzeitige Wirksamkeit geeignet seien, den ärztlichen Stand im Ansehen zu stärken und zu fördern. Der erste Theil der Tagesordnung betraf die Anträge der Aerztekammern zur Abänderung der k. Allerh. Verordnung vom 10. August 1871, die Aerztekammern und die ärztlichen Bezirksvereine betr. Unter eingehender Besprechung der mancherlei Für und Wider fand schliesslich allgemeine Uebereinstimmung bei Begutachtung der Aerztekammeranträge statt, so dass diese in der Hauptsache dem k. Staatsministerium des Innern zur Würdigung empfohlen wurden. Sodann fand die Wahl der Mitglieder der vom 1. Januar 1895 ab in Thätigkeit tretenden Collegien zur ärztlichen Begutachtung in Unfallsangelegenheiten statt, deren Namen wir an einer anderen Stelle dieser Nummer mittheilen.

— Nach einer soeben im Reichsanzeiger veröffentlichten Kaiserlichen Verordnung gehört das Diphtherieheilserum zu denjenigen Droguen und Arzneimitteln, die nur in Apotheken feilgehalten und verkauft werden dürfen.

— Der freien Arztwahl in Berlin stellen sich in jüngster Zeit unvorhergesehene Hindernisse entgegen. Wie schon in No. 51 vorigen Jahrgangs berichtet, hat der Vorstand der sog. Meyer'schen Casse beschlossen, den Vertrag mit dem Verein freigewählter Cassenärzte nicht wieder zu erneuern und er hält diesen Beschluss trotz des erfolgten Protestes der Cassenmitglieder aufrecht; es wird somit diese Casse, welche 50000 Mitglieder zählt (nicht 120000 wie früher gesagt), in diesem Jahre der freien Arztwahl entzogen. Ebenso sind unseren Lesern die Chikanen bekannt, mit welchen die Berliner Gewerbe-Deputation als Aufsichtsbehörde der Krankencassen die freie Arztwahl verfolgt. Selbst wenn der Bescheid des Oberpräsidenten v. Achenbach, bei welchem der Verein freigewählter Cassenärzte Beschwerde erhoben hat, günstig ausfällt, wird das Vorgehen der Gewerbe-Deputation eine Schädigung der freien Arztwahl wenigstens für dieses Jahr zur Folge haben. Trotzdem braucht man in diesen Vorgängen eine ernste Gefahr für die Zukunft der freien Arztwahl wohl nicht zu erblicken, da alle Schwierigkeiten lediglich von den Cassenleitungen ausgehen, während das Gros der Versicherten die freie Arztwahl wünscht und diesem Wunsche auch über kurz oder lang Geltung zu verschaffen wissen wird. Nur wo die Versicherten sich der Vortheile, welche diese Einrichtung ihnen selbst in viel höherem Maasse als den Aerzten gewährt, nicht bewusst sind, da ist man noch nicht reif für die freie Arztwahl.

— Der ärztliche Lokalverein Nürnberg hat in seiner Sitzung vom 3. Jan. d. J. Herrn Geheimrath v. Kerschensteiner einstimmig zu seinem Ehrenmitgliede ernannt.

— Prof. Klebs hat einen Ruf nach Asheville in Nord-Carolina in den Vereinigten Staaten erhalten. Er soll dort die Leitung einer Heilanstalt und eines Laboratoriums zur Gewinnung bakteriologischer Heilstoffe übernehmen.

— Von deutschen Städten über 40,000 Einwohner hatten in der 51. Jahreswoche, vom 16.—22. December 1894, die grösste Sterblichkeit Elbing mit 36,7, die geringste Sterblichkeit Kottbus mit 7,7 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen starb an Masern in Elbing, Karlsruhe, Mannheim; an Scharlach in Kottbus; an Diphtherie und Croup in Bielefeld, Bonn, Brandenburg, Bremen, Dortmund, Essen, Frankfurt a. O., M.-Gladbach, Mannheim.

— Einjährig-Freiwillige können am 1. April 1895 eingestellt werden beim: Inf.-Leib-Reg., 4. Bat., München (nur solche Studirende der Medicin an der Universität München, welche bloss ein halbes Jahr mit der Waffe dienen wollen, um das Dienstzeugniss nach § 17.5 der Heerordnung zu erwerben); 10. Inf.-Reg., 4. Bat., Ingolstadt; 9. Inf.-Reg., 4. Bat., Würzburg; 19. Inf.-Reg., 4. Bat., Erlangen (bei beiden Abtheilungen nur solche Studirende, welche das Reifezeugniss für die Universität erst im Frühjahr 1895 erlangen und sich an der betreffenden Universität im Sommersemester 1895 immatriculiren lassen); 7. Inf.-Reg., 4. Bat., Bayreuth; 17. Inf.-Reg., 4. Bat., Germersheim.

— Das Generalsecretariat des XI. Internationalen Medicinischen Congresses in Rom 1894 macht bekannt, dass von der beauftragten Druckerei die ersten 2 Bände der Acten des Congresses fertig gestellt sind. Dem Gebrauch des Berliner Comités folgend wird die Vertheilung der Acten einer Verlagsbuchhandlung übergeben werden, welche sich in directe Verbindung mit den Herren Congressisten setzen wird. Die Mitglieder erhalten die Acten gratis und haben

nur die Portospesen zu tragen. Im April 1895 wird das ganze Werk der Congressacten fertiggestellt sein, beendigt in einem Jahre vom Schlusse des Congresses an gerechnet, eine Leistung, welche bisher noch nicht erreicht worden ist.

— Der 16. Balneologen-Congress wird unter Vorsitz des Herrn Geheimrath Professor Dr. Liebreich vom 7.—11. März 1895 in Berlin im Hörsaale des k. pharmakologischen Instituts stattfinden. Auskunft über alle diesen Congress betreffenden Angelegenheiten ertheilt der Generalsecretär Sanitätsrath Dr. Brock in Berlin S.O., Melchiorstr. 18.

— In der am 20. December in Berlin abgehaltenen Sitzung der Hufeland'schen Gesellschaft demonstrirte Herr Katz stereoskopische Photogramme seiner durch ein eigenthümliches Verfahren völlig durchsichtig gemachten Präparate des innern Ohres, sowie diese selber. Herr Strassmann hielt sodann den angekündigten Vortrag „über den anatomischen Nachweis forensischer Vergiftungen" unter gleichzeitiger Demonstration von mikroskopischen Präparaten und zahlreichen farbigen Zeichnungen. An der Debatte betheiligte sich besonders Herr Liebreich, welcher die Wichtigkeit einer einheitlichen Leitung aller forensischen Untersuchungen durch den ärztlichen Sachverständigen, dem der Chemiker untergeordnet sein müsse, betonte.

— Nach einer Mittheilung der in Philadelphia erscheinenden „Medical News" wird der „Index Medicus", die von Billings herausgegebene umfassende Bibliographie der laufenden medicinischen Literatur, wegen Mangels an Betheiligung eingehen. Derselbe hat es nur auf 300 Abonnenten bringen können, während zur Deckung der Kosten deren 800 nöthig wären. Das genannte Blatt regt an, dass die Regierung der Vereinigten Staaten die Publication des Index Medicus fortsetzen möchte. Das wäre allerdings der günstigste Ausweg für die Rettung dieses verdienstvollen Unternehmens, an dessen Erhaltung die ganze wissenschaftliche Medicin ein Interesse hat.

— Vom „Index Catalogue of the Library of the Surgeon-General's Office United States Army", Washington ist soeben der XV. Band, Universidad-Vzoroff, erschienen. Der Band enthält die Titel von 8596 Büchern und Broschüren und von 35667 Journalartikeln. Davon füllt allein die Uterus-Literatur 244 Seiten. Von Autorennamen enthält der gegenwärtige Band u. a. Virchow, dessen sämmtliche Veröffentlichungen auf 7 Spalten aufgeführt werden. Mit einem weiteren Bande dürfte das grossartige, in der Weltliteratur einzig dastehende Werk abgeschlossen werden.

(Universitäts-Nachrichten.) **Berlin.** Professor Heubner, bisher a. o. Professor für Kinderheilkunde, wurde zum ordentlichen Professor ernannt. Hiermit wird das erste Ordinariat für diese Disciplin in Deutschland geschaffen. — **Marburg.** Der Privatdocent der Chirurgie, Dr. Otto v. Büngner, wurde zum Professor ernannt. — **Tübingen.** Dr. W. Nagel, Assistent am physiologischen Institut, hat sich als Privatdocent für Physiologie habilitirt.

(Todesfälle.) Am 29. XII. 94 starb an schwerem Typhus, als ein Opfer seines Berufes, Dr. Conrad Zenker, I. Assistent am pathologisch-anatomischen Institut zu Erlangen, kurz vor seiner beabsichtigten Habilitation. Schon früher war Conrad Zenker vielfach an Vorlesungen und Cursen betheiligt und hatte bereits manche werthvolle Beiträge auf dem Gebiete der pathologischen Anatomie gebracht. Seine literarische Thätigkeit soll bei der Veröffentlichung seiner über die Fibrinausscheidung bei der Thrombose handelnden Habilitationsschrift, welche von ihm noch kurz vor dem Tode nahezu vollendet worden war, eine eingehende Würdigung erfahren. Hauser.

In Salzburg starb der k. k. Regierungsrath und o. Professor der Geburtshilfe Dr. Dismas Kuhn im 60. Lebensjahre.

— Herr Privatdocent Dr. Dennig schreibt uns mit Bezug auf seine in No. 49 und 50, 1894 veröffentlichte Arbeit: „Herr Dr. Freyhan machte mich darauf aufmerksam, dass der Nachweis von Mikroorganismen, besonders auch von Tuberkelbacillen, in der Cerebrospinalflüssigkeit zuerst von Lichtheim (Deutsche med. Wochenschrift 1893, No. 47, p. 1234) erbracht ist. Leider ist mir die kurze Mittheilung aus dem Königsberger Verein für wissenschaftliche Heilkunde entgangen."

Berichtigung. In der Arbeit des Herrn Dr. Bresgen in No. 1 d. W. ist zu lesen: auf S. 9, Sp. 2, Z. 1 v. o. sich einstellt statt sicherstellt; ebenda Z. 44 v. o. erzwingen statt erzeugen; S. 10, Sp. 1, Z. 12 v. o. gewisse statt grosse; ebenda Z. 16 v. u. gewisse statt solche und Z. 8 v. u. 1894 statt 1854.

Personalnachrichten.

Bayern.

Ernannt. Zu Bezirksärzten I. Cl.: in Gunzenhausen der prakt. Arzt Dr. Heinrich Eidam dortselbst, dann der prakt. Arzt Dr. Max Pius Roth zu Lenggries in Berchtesgaden.

Uebertragung. Die bezirksärztliche Stellvertretung beim k. Amtsgerichte Hemau wurde dem prakt. Arzte Dr. F. G. Rittmayer zur Zeit in Roding übertragen.

Verleihung. Dem 3. Assistenzarzte bei der Kreis-Irrenanstalt Erlangen Dr. Robert Neupert wurden staatsdienerliche Rechte verliehen.

Ruhestandsversetzung. In den dauernden Ruhestand auf Ansuchen der k. Bezirksarzt II. Cl. zu Blieskastel Dr. Martin Wittenmeier.

Niederlassungen. Dr. Joseph Weigl, approbirt 1894, zu Rimpar, k. Bezirksamts Würzburg, und Dr. Leopold Pappenheimer, approbirt 1892, zu Massbach, Bezirksamts Kissingen.

Auszeichnungen. Das Ritterkreuz des Verdienstordens der bayerischen Krone dem Universitätsprofessor Dr. J. Michel; der Verdienstorden vom h. Michael 4. Cl. dem Hausarzt am Zellengefängniss in Nürnberg Medicinalrath Dr. E. Döderlein und dem Landgerichtsarzt Dr. Ludwig Schlier in Neuburg a. D.; Titel und Rang eines k. Hofrathes den praktischen Aerzten Dr. J. Gossmann in München, Dr. A. Heller und Krankenhausoberarzt Dr. W. Beckh in Nürnberg, Dr. A. Bäuerlein in Würzburg und Dr. H. Krauss in Augsburg; Titel und Rang eines k. Medicinalrathes dem Director der Entbindungsanstalt und Hebammenschule in Bamberg, Professor Dr. Ph. Burkard, dem Director der Kreisirrenanstalt Gabersee Dr. M. Bandorf, dem Bezirksarzte I. Cl. Dr. E. Gessele in Traunstein und dem Landgerichtsarzte Dr. F. Ullmann in Zweibrücken; der Titel eines k. Geheimen Rathes dem Obermedicinalrathe Prof. Dr. Ludwig A. Buchner.

Das Ritterkreuz 2. Cl. den Oberstabsärzten 1. Cl. und Regimentsärzten Dr. Paur im 7. Inf.-Reg. und Dr. Heinrich Baumann im 4. Chev.-Reg.

Gestorben. Dr. Ludwig Fikentscher, k. Bezirksarzt I. Cl. a. D. in Augsburg; Dr. Gustav Schaeffer, k. Bezirksarzt I. Cl. a. D. in Ansbach; Dr. Wilhelm Panhoff, sächs. Bahnarzt in Hof; Dr. Max Wirsing, 33 Jahre alt, prakt. Arzt zu Strassbessenbach, Bezirksamts Aschaffenburg.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 52. Jahreswoche vom 23. bis 29. December 1894.

Betheil. Aerzte 375. — Brechdurchfall 10 (11*), Diphtherie, Croup 46 (58), Erysipelas 11 (18), Intermittens, Neuralgia interm. 3 (—), Kindbettfieber 1 (—), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 39 (53), Ophthalmo-Blennorhoea neonatorum 7 (6), Parotitis epidemica 10 (10), Pneumonia crouposa 19 (19), Pyaemie, Septicaemie 2 (—), Rheumatismus art. ac. 23 (31), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 32 (38), Tussis convulsiva 37 (35), Typhus abdominalis 2 (—), Varicellen 18 (31), Variolois — (—). Summa 250 (310). Medicinalrath Dr. Aub.

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 52. Jahreswoche vom 23. bis 29. December 1894.

Bevölkerungszahl 390,000.

Todesursachen: Pocken — (—*), Masern 2 (3), Scharlach 1 (2), Rothlauf — (—), Diphtherie und Croup 7 (7), Keuchhusten 2 (3), Unterleibstyphus — (—), Brechdurchfall 1 (1), Ruhr — (—), Kindbettfieber — (—), Croupöse Lungenentzündung 4 (1), Genickkrampf — (—), Blutvergiftung — (—), Acut. Gelenkrheumatismus 1 (—), andere übertragbare Krankheiten 5 (3).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 147 (147), der Tagesdurchschnitt 21,0 (21,0). Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 19,6 (19,6), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 12,3 (16,8), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 10,0 (11,9).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Amtlicher Erlass.

Die Bildung ärztlicher Collegien zur Erstattung von Obergutachten in Unfallversicherungs-Angelegenheiten betr.

Kgl. Staatsministerium des Innern.

Unter Bezugnahme auf die Bekanntmachung des k. Staatsministeriums des Innern vom 27. Juli l. Js. — Ministerial-Amtsblatt S. 286 ff. — werden nachstehend die vom verstärkten Obermedicinal-Ausschusse aus den Vorschlagslisten der Aerztekammern für die Functionsperiode 1895/1900 gewählten Mitglieder und Ersatzmänner der für die acht Regierungsbezirke gebildeten ärztlichen Collegien in Unfallversicherungsangelegenheiten bekannt gegeben:

Oberbayern.

Mitglieder: 1. Dr. v. Ziemssen, Geheimrath, Obermedicinalrath, k. Universitäts-Professor, Vorstand der med. Klinik in München. 2. Dr. Angerer, k. Universitäts-Professor, Vorstand der chirurg. Klinik in München. 3. Dr. Aub, Medicinalrath, k. Bezirksarzt in München.

Ersatzmänner: 1. Dr. Bauer, k. Universitäts-Professor, Vorstand der medicin. Klinik in München. 2. Dr. Brunner, Hofrath, Krankenhaus-Oberarzt in München. 3. Dr. R. v. Hösslin, prakt. Arzt in München. 4. Dr. Näher, Hofrath, prakt. Arzt und Bahnarzt in München. 5. Dr. Leonpacher, k. Landgerichtsarzt in Traunstein. 6. Dr. Rapp, Hofrath, prakt. Arzt in Reichenhall.

Niederbayern.

Mitglieder: 1. Dr. Egger, k. Kreismedicinalrath in Landshut. 2. Dr. Wein, prakt. Arzt in Landshut. 3. Dr. Schreyer, prakt. Arzt in Landshut.

Ersatzmänner: 1. Dr. Leopolder, k. Bezirksarzt in Eggenfelden. 2. Dr. Höglauer, Medicinalrath, k. Bezirksarzt in Dingolfing. 3. Dr. Rauscher, Medicinalrath, k. Landgerichtsarzt in Deggendorf. 4. Dr. Schreiner, prakt. Arzt in Mallersdorf. 5. Dr. Mass, prakt. Arzt in Kelheim. 6. Dr. Glonner, k. Bezirksarzt in Vilsbiburg.

Pfalz.

Mitglieder: 1. Dr. Zöller, k. Medicinalrath, Director der Kreis-Kranken- und Pflegeanstalt in Frankenthal. 2. Dr. Chandon, Medicinalrath, k. Landgerichtsarzt in Kaiserslautern. 3. Dr. Demuth, k. Landgerichtsarzt in Frankenthal.

Ersatzmänner: 1. Dr. Ullmann, k. Landgerichtsarzt in Zweibrücken. 2. Dr. Jacob, prakt. Arzt in Kaiserslautern. 3. Dr. Kaufmann, Hofrath, k. Bezirksarzt in Dürkheim. 4. Dr. Karsch, k. Kreismedicinalrath in Speyer. 5. Dr. Keller, Medicinalrath, k. Landgerichtsarzt in Landau. 6. Dr. Osthoff, k. Bezirksarzt in Zweibrücken.

Oberpfalz und Regensburg.

Mitglieder: 1. Dr. Bertram, k. Bezirksarzt in Regensburg. 2. Dr. Eser, prakt. Arzt in Regensburg. 3. Dr. August Popp, prakt. Arzt in Regensburg.

Ersatzmänner: 1. Dr. Grundler, k. Bezirksarzt in Neustadt a/WN. 2. Dr. Herrmann, k. Bezirksarzt in Neumarkt. 3. Dr. Klemz, prakt. Arzt in Nittenau. 4. Dr. Krauss, prakt. Arzt in Neumarkt. 5. Dr. Mayer, k. Landgerichtsarzt in Amberg. 6. Dr. Reinhard, prakt. Arzt in Weiden.

Oberfranken.

Mitglieder: 1. Dr. Gummi, Krankenhausarzt in Bayreuth. 2. Dr. Jungengel, Oberwundarzt in Bamberg. 3. Dr. Solbrig, k. Bezirksarzt in Bayreuth.

Ersatzmänner: 1. Dr. Hess, k. Bezirksarzt in Wunsiedel. 2. Dr. Martius, Krankenhausarzt in Kulmbach. 3. Dr. Scheiding, prakt. Arzt in Hof. 4. Dr. Schöpp, k. Bezirksarzt in Kronach. 5. Dr. Walther, k. Landgerichtsarzt in Hof. 6. Dr. Wetzel, prakt. Arzt in Bamberg.

Mittelfranken.

Mitglieder: 1. Dr. Göschel, Hofrath, Oberarzt in Nürnberg. 2. Dr. Merkel, Medicinalrath, k. Bezirksarzt in Nürnberg. 3. Dr. Penzoldt, k. Univ.-Professor in Erlangen.

Ersatzmänner: 1. Dr. Hofmann, k. Landgerichtsarzt in Nürnberg. 2. Dr. Dörfler, prakt. Arzt in Weissenburg a/S. 3. Dr. Graser, k. Univ.-Professor in Erlangen. 4. Dr. Burkhardt, k. Landgerichtsarzt in Ansbach. 5. Dr. Pöschel, k. Bezirksarzt in Neustadt a/A. 6. Dr. W. Mayer, prakt. Arzt in Fürth.

Unterfranken und Aschaffenburg.

Mitglieder: 1. Dr. Seitz, k. Bezirksarzt in Würzburg. 2. Dr. Lindner, prakt. Arzt in Würzburg. 3. Dr. Lorenz, k. Bezirksarzt in Kitzingen.

Ersatzmänner: 1. Dr. Dehler, prakt. Arzt in Würzburg. 2. Dr. Fröhlich, prakt. Arzt und Spitalarzt in Aschaffenburg. 3. Dr. Schmidt, k. Bezirksarzt in Neustadt a/S. 4. Dr. Preissendörfer, prakt. Arzt in Lohr. 5. Dr. Glaser, k. Bezirksarzt in Bad Kissingen. 6. Dr. Stumpf, prakt. Arzt in Werneck.

Schwaben und Neuburg.

Mitglieder: 1. Dr. Lindemann, Hofrath, prakt. Arzt in Augsburg. 2. Dr. Schreiber, Oberarzt in Augsburg. 3. Dr. Lutz, Medicinalrath, k. Landgerichtsarzt in Augsburg.

Ersatzmänner: 1. Dr. Huber, Medicinalrath, k. Landgerichtsarzt in Memmingen. 2. Dr. Böhm, k. Bezirksarzt in Neu-Ulm. 3. Dr. Gattermann, k. Bezirksarzt in Donauwörth. 4. Dr. Lauber, k. Bezirksarzt in Neuburg a/D. 5. Dr. Hug, prakt. Arzt in Waal. 6. Dr. Rohmer, prakt. Arzt in Nördlingen.

München, 28. December 1894.

Frhr. v. Feilitzsch.

Der Generalsecretär:
v. Kopplstätter,
Ministerialrath.

Morbiditätsstatistik der Infectionskrankheiten in Bayern: October [1]) und November 1894.

Regierungsbezirke bezw. Städte über 30000 Einwohner	Brechdurchfall		Diphtherie, Croup		Erysipelas		Intermittens, Neuralgia int.		Kindbettfieber		Meningitis cerebrospin.		Morbilli		Ophthalmo-Blennorrh. neonator.		Parotitis epidemica	
	Oct.	Nv.	O.	N.	O.	N.	O.	N.	O.	N.	O.	N.	O.	N.	O.	N.	O.	N.
Oberbayern	355	229	494	417	136	109	29	51	12	24	1	1	344	339	40	30	26	38
Niederbay.	117	70	57	70	41	38	13	14	13	8	—	3	42	24	4	2	4	7
Pfalz	84	59	146	200	41	38	7	9	6	4	1	—	41	171	—	—	9	34
Oberpfalz	64	31	57	59	24	27	10	14	2	3	—	1	87	227	1	3	—	16
Oberfrank.	79	46	112	166	32	28	13	6	1	6	1	1	428	303	—	5	2	6
Mittelfrk.	144	71	210	238	41	46	17	24	5	2	—	—	368	460	1	2	23	77
Unterfrank.	66	34	118	113	29	22	1	1	4	2	2	1	124	105	—	1	8	10
Schwaben	153	61	231	179	52	27	2	6	4	2	—	1	293	284	6	1	30	23
Summe	1062	601	1425	1442	396	335	92	125	47	51	5	8	1727	1913	52	44	102	211
Augsburg	16	—	65	—	13	—	1	—	—	—	—	—	116	—	5	—	3	—
Bamberg	7	2	6	15	4	1	2	—	1	1	—	—	287	100	—	1	—	1
Fürth	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Kaiserslaut.	2	2	13	25	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ludwigshaf.	15	6	13	16	2	3	1	3	—	—	—	—	1	3	—	—	—	—
München [3])	106	65	235	205	77	48	5	5	5	14	1	—	70	132	27	17	11	20
Nürnberg	44	21	80	132	15	25	7	11	1	1	—	—	7	7	—	1	23	76
Regensbg.	8	13	13	16	5	11	1	4	2	2	—	—	4	45	—	2	—	—
Würzburg	16	14	17	22	3	5	—	1	2	—	1	—	2	—	—	—	5	5

Regierungsbezirke bezw. Städte über 30000 Einwohner	Pneumonia crouposa		Pyaemie, Septicaemie		Rheumatismus art. ac.		Ruhr (dysenteria)		Scarlatina		Tussis convulsiva		Typhus abdominalis		Varicellen		Variola, Variolois		Zahl der Aerzte überhaupt	Zahl der betheilig. Aerzte
	O.	N.	O.	N.	O.	N.	O.	N.	O.	N.	O.	N.	O.	N.	O.	N.	O.	N.		Nov.
Oberbayern	166	223	8	8	183	189	—	6	87	50	525	602	13	23	79	167	—	—	712	501
Niederbay.	105	106	2	2	79	76	1	3	4	4	44	81	24	23	7	11	1	—	170	89
Pfalz	82	109	4	4	41	48	1	—	72	73	112	80	50	64	15	6	1	—	247	114
Oberpfalz	88	121	2	6	42	40	1	—	37	34	74	133	4	16	21	42	—	—	131	82
Oberfrank.	111	122	1	—	42	33	—	—	75	79	42	50	9	3	22	32	—	—	179	104
Mittelfrk.	111	184	3	1	78	109	—	1	97	78	109	166	11	10	43	77	—	—	299	180
Unterfrank.	87	112	1	—	31	42	2	—	3	3	90	95	15	16	9	23	3	—	282	120
Schwaben	103	107	4	—	67	50	1	—	45	16	52	47	52	44	16	12	—	—	263	120
Summe	853	1084	25	21	563	587	6	10	420	337	1048	1259	178	199	212	370	5	—	2283	1310 [2])
Augsburg	17	—	—	—	14	4	—	—	6	—	2	—	1	—	4	—	—	—	56	1
Bamberg	2	5	—	—	2	5	—	—	1	4	7	4	1	1	1	3	—	—	35	15
Fürth	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	27	.
Kaiserslaut.	4	8	1	—	1	4	—	—	1	—	2	7	—	—	—	—	—	—	18	6
Ludwigshaf.	10	10	1	—	5	5	—	—	32	18	4	—	—	1	—	1	—	—	16	9
München [3])	70	77	—	2	92	89	—	—	66	37	371	295	7	12	61	122	—	—	418	375
Nürnberg	12	43	—	1	32	45	—	—	65	57	36	103	2	1	22	49	—	—	96	90
Regensbg.	9	5	—	—	11	16	1	—	11	9	50	99	1	1	11	30	—	—	32	28
Würzburg	16	11	—	—	7	14	1	—	—	—	22	13	6	2	7	11	—	—	72	25

Bevölkerungsziffern: Oberbayern 1,003,160. Niederbayern 664,798. Pfalz 728,339. Oberpfalz 537,954. Oberfranken 573,320. Mittelfranken 700,606. Unterfranken 618,489. Schwaben 668,316. — Augsburg 75,629. Bamberg 35,815. Fürth 43,206. Kaiserslautern 37,047. Ludwigshafen 33,216. München 349,024. Nürnberg 142,590. Regensburg (mit Stadtamhof) 41,616. Würzburg 61,039.

[1]) Einschliesslich einiger seit der letzten Veröffentlichung (Nr. 49) eingelaufener Nachträge. [2]) Im Monat October einschliesslich der Nachträge 1350. [3]) 40.–44. bezw. 45.–48. Jahreswoche. — Einsendungen fehlen aus den unmittelbaren Städten Fürth und Augsburg, sowie aus den Aemtern Berchtesgaden, Pfaffenhofen, Dingolfing, Straubing, Roding, Ansbach, Neustadt a/A., Aschaffenburg, Augsburg, Nördlingen und Sonthofen.

Höhere Erkrankungszahlen (ausser von obigen Städten) werden gemeldet aus folgenden Aemtern bezw. Orten: Brechdurchfall: Bez.-A. Miesbach 30 Fälle. — Diphtherie, Croup: Bez.-Ae. Pirmasens 61 (hievon 53 in der Stadt), Friedberg 36, Memmingen 35, Illertissen 31 Fälle; Schulschluss in Gemeinde Tettau (Bez.-A. Teuschnitz). — Intermittens, Neuralgia intermittens: ärztlicher Bezirk Penzberg (Weilheim) 17 Fälle. — Morbilli: Epidemisches Auftreten in 6 Gemeinden des südlichen und westlichen Bezirkes des Amtes Berneck (in 3 Gemeinden Schulschluss), sowie in 3 Gemeinden des Amtes Teuschnitz; Fortsetzung der Epidemie im Amte Eichstätt — 161 Fälle ärztlich behandelt, wovon 85 in der Stadt Eichstätt, die übrigen in 19 Gemeinden hauptsächlich auf dem westlichen Hochplateau mit zahlreichen Lungenentzündungen und vielen Sterbfällen; Epidemie im Stadt- und Landbezirke Weissenburg — 202 Fälle ärztlich behandelt; grosse Verbreitung im Bez.-A. Rothenburg, so dass vielfach die Schulen wegen Massenerkrankungen von Kindern geschlossen werden mussten, jedoch gutartig, wesshalb selten ärztliche Hilfe beansprucht, ebenso in Gemeinde Unterthingau und in Oberdorf (gleichen Bezirksamtes); gutartige Epidemien in Gemeinde Eussenheim (Karlstadt), sowie in Miltenberg und Amorbach und Umgebung; ferner wurden ärztlich behandelt in den Bez.-Ae. Neu-Ulm 127, Sulzbach 86, Ingolstadt 74, Friedberg 51, Amberg 50 Fälle etc. — Parotitis epidemica: hat nunmehr in der Stadt Pirmasens auch die Kinder der übrigen Schulen ergriffen, die meisten Erkrankungen immer noch in der Schule am Matzenberge; häufiges Vorkommen in Gemeinde Elling (Landsberg), sowie in Babenhausen (Illertissen), hier von ca. 25 erkrankten Kindern nur 2 in ärztlicher Behandlung. — Scarlatina: Bez.-A. Hof 50 Fälle, kleine Epidemie in Gemeinde Lanzendorf (Berneck). — Tussis convulsiva: Epidemie in Gemeinde Türkenfeld (Bruck), sowie in den Gemeinden Greifenberg und Mallershausen (Landsberg); im Bez.-A. Kusel neu aufgetreten in 3 Gemeinden; in den Schulen Nottau und Gottsdorf (Wegscheid) nahezu 2/3 der Schulkinder erkrankt; häufiges Auftreten in Dorfen (Erding) und Umgebung, sowie im Bez.-A. Waldmünchen. — Typhus abdominalis: Gemeinde Böhmen (Memmingen) 23, Bez.-A. Günzburg 15 Fälle (hievon 5 im Stadt-, 4 im Landbezirke Günzburg, 6 im A.-G.-Bez. Burgau), Bez.-Ae. Passau 13, Kusel 11 Fälle (hierunter kleine Hausepidemie in Gemeinde Nussbach), Hausepidemie in der Pointmühle (Cham).

Von Influenza-Fällen werden gemeldet 16 aus dem ärztlichen Bezirk Lauingen (Dillingen), je 15 aus der Stadt Nürnberg und dem A.-G.-Bez. Furth (Cham), ferner 6 schwere mit Pneumonien complicirte Fälle aus dem Bez.-A. Oberdorf.

☞ Portofreie Postkartenformulare für vorliegende Statistik sind durch die zuständigen Herren k. Bezirksärzte zu erhalten, welche sich im Bedarfsfalle unter Angabe der Zahl der sich betheiligenden Aerzte an das k. Statistische Bureau wenden wollen.

Im Interesse der vorliegenden Statistik wird um rechtzeitige und regelmässige Einsendung dringendst ersucht; insbesondere wäre zur rechtzeitigen Herstellung einer Jahresübersicht die Einsendung der December-Karten, sowie etwaiger Nachträge aus früheren Monaten bis längstens 20. Januar 1895 äusserst erwünscht.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.